



ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลโคกกลาง

เรื่อง การลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือ กรณี การรับ-ส่ง ผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลของรัฐ

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ หมวด ๔ การให้ความช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต ข้อ ๑๓ การให้ความช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต นอกจากกรณีการช่วยเหลือด้านสาธารณภัยฉุกเฉิน ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศให้ประชาชนที่ประสงค์จะขอรับความช่วยเหลือ ยื่นลงทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเสนอคณะกรรมการ ประกอบกับหนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๐๘.๒/ว๓๕๐๘ ลงวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๑ เรื่อง หลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้รถเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นั้น

เพื่อเป็นการให้ความช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลโคกกลาง เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด จึงประกาศรับลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน (แนบท้ายประกาศฯ) โดยกำหนดมาตรการ คุณสมบัติ และหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๑. การช่วยเหลือ เป็นการรับ-ส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลของรัฐ

๒. คุณสมบัติผู้มีสิทธิลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือ

๒.๑ มีสัญชาติไทย

๒.๒ เป็นผู้ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโคกกลาง

๒.๓ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับความเดือดร้อนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำรงชีพ ดังนี้

(๑) เป็นผู้ป่วยติดเตียง

(๒) เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

(๓) เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล

(๔) เป็นผู้ป่วยยากไร้

(๕) เป็นผู้ป่วยไร้ที่พึ่ง

(๖) เป็นผู้ป่วยคนพิการ

(๗) กรณีอื่น ๆ นอกเหนือจาก (๑)-(๖) ให้อยู่ในการพิจารณาของคณะกรรมการ

ช่วยเหลือประชาชนขององค์การบริหารส่วนตำบลโคกกลาง

๓. ขั้นตอนการยื่นคำขอรับความช่วยเหลือ

๓.๑ ประชาชนที่มีคุณสมบัติตามข้อ ๒ สามารถยื่นลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือด้วยตนเองหรือผู้แทน ณ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลโคกกลาง ตั้งแต่วันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๙ ในวันและเวลาราชการ

๓.๒ ท่านสามารถติดต่อขอรับแบบลงทะเบียน ได้ ณ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลโคกกลาง ที่ทำการกำนัน-ผู้ใหญ่บ้านตำบลโคกกลาง และ ทางเว็บไซต์องค์การบริหารส่วนตำบลโคกกลาง หัวข้อข่าวสารหน่วยงาน เมนู ข่าวประชาสัมพันธ์ [www. https://khokklang.go.th](http://www.https://khokklang.go.th)

๔. เอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียน

- ๔.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย
- ๔.๒ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย
- ๔.๓ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ป่วย
- ๔.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอแทน
- ๔.๕ บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ (ถ้ามี)

ทั้งนี้ ผู้ที่ลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือดังกล่าว จะได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการให้ความช่วยเหลือประชาชนขององค์การบริหารส่วนตำบลโคกกลาง และจะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการพิจารณาให้ความช่วยเหลือต่อไป

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๙



(นายอุดม จ้อยสระคู)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโคกกลาง

คำขอเลขที่/.....

(เจ้าหน้าที่กรอก)

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน กรณีการรับ-ส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลของรัฐ
องค์การบริหารส่วนตำบลโคกกลาง อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลผู้ป่วยที่ขอรับความช่วยเหลือ

๑. ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....

๒. เลขประจำตัวประชาชน - - - -

๓. วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี หมายเลขโทรศัพท์

๔. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านตนเอง บ้านเช่า อาศัยอยู่กับญาติ ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง
 อื่น ๆ ระบุ.....

๕. สถานภาพ โสด สมรสอยู่ด้วยกัน หย่าร้าง หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

๖. ป่วยเป็นโรค

อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน

๗. ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อยู่อาศัยอยู่ร่วมกันจริงในปัจจุบัน)

๗.๑ ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ)..... อายุ ปี

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประกอบอาชีพ.....

รายได้ บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์

๗.๒ ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ)..... อายุ ปี

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประกอบอาชีพ.....

รายได้ บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์

๗.๓ ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ)..... อายุ ปี

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประกอบอาชีพ.....

รายได้ บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์

๗.๔ ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ)..... อายุ ปี

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประกอบอาชีพ.....

รายได้ บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์

๗.๕ ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ)..... อายุ ปี

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประกอบอาชีพ.....

รายได้ บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์

/ส่วนที่ ๒...

ส่วนที่ ๒ ปัญหาความเดือดร้อนของผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับความเดือดร้อนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำรงชีพ ดังนี้ (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ๑. เป็นผู้ป่วยติดเตียง
- ๒. เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
- ๓. เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีคนดูแล
- ๔. เป็นผู้ป่วยยากไร้
- ๕. เป็นผู้ป่วยไร้ที่พึ่ง
- ๖. เป็นผู้ป่วยพิการประเภท
 - ๖.๑ ความพิการทางการมองเห็น
 - ๖.๒ ความพิการทางการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย
 - ๖.๓ ความพิการทางการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
 - ๖.๔ ความพิการทางการจิตใจหรือพฤติกรรม
 - ๖.๕ ความพิการทางการทางสติปัญญา
 - ๖.๖ ความพิการทางการทางอหิสติก

ส่วนที่ ๓ ผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย (กรณีผู้ป่วยยื่นคำขอเองไม่ต้องกรอก)

- ๑. ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....
- ๒. เลขประจำตัวประชาชน - - - -
- ๓. วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี หมายเลขโทรศัพท์
- ๔. ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ
- จังหวัด

ส่วนที่ ๔ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาประกอบคำขอ ดังนี้

- ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย
- ๒. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย
- ๓. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ป่วย
- ๔. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นที่ให้ถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากการให้ข้อมูลของข้าพเจ้าไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้องค์การบริหารส่วนตำบลโคกกกลางระงับการช่วยเหลือและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ)..... ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ)..... ผู้รับรอง
(.....) (.....)
วันที่/...../..... ตำแหน่ง ผู้ใหญ่บ้าน

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน
(.....)
วันที่/...../.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงและคุณสมบัติผู้ขอรับความช่วยเหลือ

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลโคกกลาง

คณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงและคุณสมบัติผู้ขอรับความช่วยเหลือ มีความเห็นดังนี้

สมควรรับขึ้นทะเบียน

ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

ลงชื่อ

(.....)

กรรมการ

ลงชื่อ

(.....)

กรรมการ

ลงชื่อ

(.....)

ประธานกรรมการ