

แบบบันทึกข้อมูลขอรับบริการทางสังคม เพื่อขอรับการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยยากไร้

องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ

ลำดับที่.....

วันที่รับเรื่อง...../...../.....

๑. ประเภทผู้ขอรับบริการ/ได้รับความเดือดร้อน (เลือกเพียง ๑ รายการเท่านั้น)

- ☐ เด็ก ☐ คนพิการ ☐ ผู้สูงอายุ ☐ ผู้มีรายได้น้อย ☐ สตรี ☐ ผู้ป่วยเอดส์
☐ ผู้มีรายได้น้อย ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

๒. ข้อมูลผู้ขอรับบริการ/ได้รับความเดือดร้อน

คำนำหน้าชื่อ..... ชื่อ - สกุล..... เพศ.....

วันเดือนปีเกิด...../...../..... อายุ..... ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

เลขประจำตัวประชาชน..... กรณีไม่มี เนื่องจาก.....

รหัสประจำบ้าน.....

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ สมรสแยกกันอยู่ ☐ หย่าร้าง
☐ อยู่ด้วยกันโดยไม่จดทะเบียนสมรส ☐ หม้าย คู่สมรสเสียชีวิต ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ระดับการศึกษา ☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ ประถมศึกษาตอนต้น ☐ ประถมศึกษาตอนปลาย
☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ กำลังศึกษาอยู่ ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

อาชีพ..... รายได้..... บาทต่อปี/เดือน/วัน

ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ บ้านตนเอง ☐ บ้านเช่า ☐ บ้านญาติ ☐ บ้านพักของผู้จ้าง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

บ้านเลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

๓. ผู้ร้องขอแทนผู้ขอรับบริการ ☐ เป็นบุคคลคนเดียวกัน ข้อ ๒

คำนำหน้าชื่อ..... ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง.....

บ้านเลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ความสัมพันธ์กับผู้ขอรับบริการในข้อ ๒ เกี่ยวข้องเป็น.....

๔. ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อยู่อาศัยอยู่ร่วมกันจริงในปัจจุบัน)

ที่	ชื่อ - สกุล เลขประจำตัวประชาชน	เพศ	ว/ด/ปเกิด	เกี่ยวข้อง เป็น	การศึกษา	อาชีพ	รายได้ (บาท)	สุขภาพ
	ชื่อ.....							
	ชื่อ.....							
	ชื่อ.....							
	ชื่อ.....							
	ชื่อ.....							
	ชื่อ.....							

รายได้เฉลี่ยของสมาชิกในครอบครัว.....บาท/ปี รายจ่ายเฉลี่ยสมาชิกในครอบครัว.....บาท/ปี

ภาระหนี้สิน ☐ ไม่มี ☐ มี ในระบบ จำนวน.....บาท นอก ระบบ จำนวน.....บาท

๕. สภาพความเดือดร้อนของผู้ขอรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

- ☐ เป็นโรคอันตรายร้ายแรง ☐ เจ็บป่วยเรื้อรัง ☐ ครอบครัวแตกแยก ☐ มีภาระเลี้ยงดูเด็ก คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง
☐ ถูกทอดทิ้ง ☐ ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู ☐ ค่ารักษาพยาบาล ☐ ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล
☐ เด็กกำพร้า/ถูกทอดทิ้ง ☐ บุคคลพิการ ☐ ไม่มีที่อยู่อาศัย ☐ ไม่มีทุนประกอบอาชีพ ☐ ไม่มีงานทำ/ว่างงาน
☐ มีหนี้สิน ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

เคยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น ☐ ไม่เคย ☐ เคย จากหน่วยงาน.....

เรื่อง.....

๖. ความต้องการให้ช่วยเหลือ (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

- ☐ เงินสงเคราะห์ครอบครัว ☐ เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ดัดเชื้อเอชไอวี ☐ เครื่องช่วยความพิการระบุ.....
☐ ส่งเข้ารับการรักษา/ทำกายภาพบำบัด ☐ เงินทุน/อุปกรณ์การศึกษา ☐ เงินทุนประกอบอาชีพ ☐ ที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน
☐ ค่าปรึกษา/แนะนำ ☐ ค่าเดินทางไปรักษาพยาบาล ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

๗. ความช่วยเหลือของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด/องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลตำบล

- ☐ เงินสงเคราะห์ครอบครัว ☐ เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ดัดเชื้อเอชไอวี ☐ เครื่องช่วยความพิการระบุ.....
☐ ส่งเข้ารับการรักษา/ทำกายภาพบำบัด ☐ เงินทุน/อุปกรณ์การศึกษา ☐ เงินทุนประกอบอาชีพ ☐ ที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน
☐ ค่าปรึกษา/แนะนำ ☐ ค่าเดินทางไปรักษาพยาบาล ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

๘. กรณีขอรับความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าเดินทางไปรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล.....

- เพื่อรับการรักษาโรค ☐ ฟกช้ำ/ฟกเลือด ☐ มะเร็ง..... ☐ เบาหวาน
☐ โรคผิวหนัง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ความถี่ในการไปโรงพยาบาลตามแพทย์นัด ☐ สัปดาห์ละ.....ครั้ง ☐ เดือนละ.....ครั้ง ☐ ทุก ๆเดือน

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล

- ☐ ค่าเหมารถจากบ้าน - โรงพยาบาล จำนวนเงิน.....บาท
☐ ค่ารถรับจ้างจากบ้าน - สถานีขนส่ง จำนวนเงิน.....บาท
☐ ค่าโดยสารรถยนต์ประจำทาง จากสถานีขนส่ง - โรงพยาบาล จำนวนเงิน.....บาท
☐ ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง กรณีใช้รถส่วนบุคคล จำนวนเงิน.....บาท
☐ อื่น ๆ ระบุ.....จำนวนเงิน.....บาท

รวมเป็นเงิน.....บาท

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับบริการ/ผู้ร้องแทน
 (.....)

๙. ความเห็นของผู้นำท้องถิ่น

- ☐ เห็นควรช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ยื่นคำขอเป็นผู้ได้รับความเดือดร้อนจริง
☐ อื่น ๆ

ลงชื่อ.....กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน
 (.....)

ตำแหน่ง.....

๑๐. ความเห็นของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- ☐ เห็นควรช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ยื่นคำขอเป็นผู้ได้รับความเดือดร้อนจริง
☐ อื่น ๆ

ลงชื่อ.....ผู้สอบข้อเท็จจริง/วิเคราะห์ปัญหา
 (.....)

ตำแหน่ง.....

๑๑. ความเห็นของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

- ☐ เห็นควรช่วยเหลือเบื้องต้น
- ☐ ส่งต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพื่อช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้สอบข้อเท็จจริง/วิเคราะห์ปัญหา
(.....)

ตำแหน่ง.....

๑๒. มีมติของคณะกรรมการดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการลงความเห็นของผู้ป่วยที่ขอให้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ครั้งที่.....
เมื่อวันที่.....

☐ อนุมัติ

- | | |
|--|-------------------|
| ☐ ค่าเหมารถจากบ้าน - โรงพยาบาล | จำนวนเงิน.....บาท |
| ☐ ค่ารถรับจ้างจากบ้าน - สถานีขนส่ง | จำนวนเงิน.....บาท |
| ☐ ค่าโดยสารรถยนต์ประจำทาง จากสถานีขนส่ง - โรงพยาบาล | จำนวนเงิน.....บาท |
| ☐ ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง กรณีใช้รถส่วนบุคคล | จำนวนเงิน.....บาท |
| ☐ อื่น ๆ ระบุ..... | จำนวนเงิน.....บาท |
| รวมเป็นเงิน.....บาท | |

- ☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....
- ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ
(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ : ให้แนบหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ ดังนี้

๑. สำเนาทะเบียนบ้าน
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
๓. ใบรับรองแพทย์ หรือ ใบนัดของแพทย์ (กรณีมีแพทย์นัด)
๔. ภาพถ่าย (แนบภาพถ่ายความเป็นอยู่ และที่อยู่อาศัยของผู้ยื่นคำขอเพื่อประกอบการพิจารณา)