แบบขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดราชบุรี
ในการขอรับค่าเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ

คำร้องที่...../๒๕.....

ผู้ยื่นคำขอ ( ) แจ้งด้วยตนเอง

( ) ผู้ยื่นคำขอแทน เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยที่ยากไร้ที่แสดงความจำนง

ชื่อ - สกุล ผู้ยื่นคำขอ.....

เลขประจำตัวบัตรประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ด้วย (นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ.) ชื่อ.....นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน.....เพศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

เลขประจำตัวบัตรประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

ที่อยู่.....หมู่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....ราชบุรี.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ติดต่อได้.....

รายละเอียดของครอบครัว

ที่	ชื่อ - สกุล	อายุ	เกี่ยวข้องผู้ขอรับการช่วยเหลือ	อาชีพ	การศึกษา	สุขภาพ	รายได้ (บ/ด)

ข้าพเจ้าอาศัยในเขตที่ ทน./ทม./ทต./อบต. .....ป่วยด้วยโรค.....

การรักษา ☐ รักษาครั้งแรก ☐ รักษาต่อเนื่อง ☐ อื่น (ระบุ).....สถานพยาบาลที่รักษา.....
ความถี่ในการไปรักษา.....ครั้ง/เดือน/ปี ☐ เป็นคนไข้ในพระบรมราชานุเคราะห์ ☐ เป็นคนไข้ทั่วไป
รายได้.....บาท/เดือน

ข้าพเจ้าเคยได้รับเงินสงเคราะห์จากหน่วยงานสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในจังหวัดราชบุรี ปีงบประมาณ.....(เมื่อเดือน.....ปี. .....)จาก

☐ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) เป็นเงิน.....บาท
☐ อื่นๆ (ระบุ) เป็นเงิน.....บาท

ซึ่งข้าพเจ้าได้นำเงินจำนวนดังกล่าวไปใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นค่าใช้จ่ายดังนี้

๑. ค่าอาหาร (ระบุ).....เป็นเงิน.....บาท
๒. ค่าที่พัก (ระบุ).....เป็นเงิน.....บาท
๓. ค่ายานอกบัญชี (ระบุ).....เป็นเงิน.....บาท
๔. ค่าพาหนะ(ระบุ).....เป็นเงิน.....บาท
๕. ค่าใช้จ่ายซื้อสิ่งของจำเป็น (ระบุ).....เป็นเงิน.....บาท

/และค่าใช่จ่าย...

และค่าใช้จ่ายในข้อ ๔. ไม่เพียงพอต่อการเดินทางไปรักษาพยาบาล ข้าพเจ้าจึงขอรับการสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาลเป็นค่าพาหนะเดินทาง ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ ดังนี้

๑. ค่ารถรับจ้างโดยสารประจำทาง จาก..... .....
ถึง.....(ไป-กลับ) เป็นเงิน.....บาท

๒. ค่ารถรับจ้างประจำทาง จาก..... .....
ถึง.....(ไป-กลับ) เป็นเงิน.....บาท

๓. ค่าพาหนะอื่นๆ กรณีที่ไม่สามารถนั่งรถโดยสารประจำทางได้ (ระบุ)
จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ) เป็นเงิน.....บาท

๔. ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ถ้ามี (ระบุ).....(ไป-กลับ) เป็นเงิน.....บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจสอบแล้วพบว่าข้อมูลส่วนใดส่วนหนึ่งไม่เป็นความจริงข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ระงับการช่วยเหลือ และคืนเงินค่าพาหนะเดินทางที่ได้รับตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดราชบุรี ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบการเบิกจ้างเงินค่าพาหนะพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง มาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

☐ แบบบันทึกผู้ประสบปัญหาทางสังคม (แบบ พมจ.) ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
☐ สำเนาทะเบียนบ้าน ☐ สำเนาบัตรประจำตัวผู้ป่วย
☐ สำเนาใบนัดของสถานพยาบาล ☐ สำเนาหนังสือส่งตัวไปรักษาสถานพยาบาลอื่น (ถ้ามี)
☐ ใบรับรองแพทย์ (กรณีรักษาพยาบาลต่อเนื่อง) ☐ บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ (ถ้ามี)
☐ หนังสือรับรองจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นว่าเป็นบุคคลยากไร้
☐ รูปถ่ายประกอบการพิจารณาให้ความช่วยเหลือ เช่น สภาพแวดล้อมความเป็นอยู่
☐ สำเนาหลักฐานการได้รับความช่วยเหลือ/หรือไม่ได้รับความช่วยเหลือจาก พมจ.
☐ สำเนาเอกสารอื่นๆ..... .....

ลงชื่อ .....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับเรื่อง
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

ลงชื่อ .....ผู้รับรองข้อมูล
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

หมายเหตุ ๑. หากผู้ป่วยที่ยากไร้ไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ สามารถประทับลายนิ้วมือได้

๒. **<u>ให้ อปท. จัดทำหนังสือนำส่งเอกสารข้างต้น</u>** มายัง องค์การบริหารส่วนจังหวัดราชบุรี ชั้น ๒ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ฝ่ายสวัสดิการสังคม สอบถามเพิ่มเติม โทร. ๐๓๒ ๓๓๘ ๖๐๕ ต่อ ๑ โทรสาร. ๐๓๒ ๓๓๘ ๖๐๑

แบบตรวจเอกสารผู้ป่วยที่ยากไร้ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ ของเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล

****

๑. ชื่อ – สกุล .....

๒. ที่อยู่ปัจจุบัน (ตามทะเบียนบ้าน)(ระบุ).....

.....

๓. <u>เอกสารแนบประกอบ</u>

- ☐ แบบขอรับการช่วยเหลือฯ (ตามแบบ พมจ.) เข้ารับการรักษา
- ☐ แบบขอรับการสงเคราะห์ผู้ยากไร้ ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดราชบุรี
- ☐ แบบรับรองของผู้ป่วยที่ยากไร้
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
- ☐ เอกสารหรือหลักฐานการเข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของรัฐ (สสจ.ราชบุรี อาจพิจารณาช่วยตรวจสอบเอกสาร)
- ☐ หลักฐานเอกสารการจ่ายเงิน (เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล) ตามรูปแบบของราชการ เช่น ใบสำคัญรับเงิน, สำเนาคู่มือจดทะเบียนรถ, บัตรประจำตัวประชาชน อื่นๆ เป็นต้น
- ☐ อื่นๆ .....
  - ๑).....
  - ๒) .....
  - ๓) .....

๔. เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล.....ชี้แจงสาเหตุการให้ความช่วยเหลือที่ผ่านมาว่าได้ดำเนินการไปอย่างไรบ้าง และปัจจุบันหากผู้ป่วยที่ยากไร้มาขอความช่วยเหลือฯ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ ของเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล.....จะดำเนินการอย่างไร (ระบุโดยละเอียด) (เพื่อมิให้ซ้ำซ้อนกัน).....

.....

.....

๕. อื่นๆ (ถ้ามี) .....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....

หมายเหตุ ๑. แบบตรวจสอบฯ ๑ ใบ ต่อ ๑ คน โดยมีเอกสารแนบประกอบ จำนวน ๒ ชุด ต่อ ๑ คน

๒. ให้เทศบาล/อบต. ตรวจสอบเอกสาร แล้วใส่เครื่องหมาย/ในช่อง พร้อมแนบเอกสารประกอบตามข้อ ๑

<u>แบบรับรอง</u>

ให้ผู้ป่วยที่ยากไร้ ที่ได้รับการสงเคราะห์จากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

๒. ที่อยู่ปัจจุบัน (ตามทะเบียนบ้าน) เลขที่.....หมู่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....ราชบุรี.....โทรศัพท์.....

๓. เคยขอรับการช่วยเหลือจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดราชบุรี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. .....

☐ ไม่เคย

☐ เคย

☐ ๑ ครั้ง จำนวน..... บาท การให้ความช่วยเหลือเป็นเงินหรือสิ่งของ (ระบุ). .....สาเหตุที่ให้ความช่วยเหลือ (ระบุ).....

☐ ๒ ครั้ง จำนวน..... บาท การให้ความช่วยเหลือเป็นเงินหรือสิ่งของ (ระบุ). .....สาเหตุที่ให้ความช่วยเหลือ (ระบุ).....

๔. ได้เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ประเภทโรคที่รับการรักษา.....

๕. เหตุที่ผู้ป่วยยากไร้ได้รับการสงเคราะห์ไม่เพียงพอค่าใช้จ่าย หรือถูกจำกัดด้วยงบประมาณในการเข้ารับการรักษาฯ เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับการรักษาพยาบาล หรืออื่นๆ จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดราชบุรี

.....

.....

.....

๖. อื่นๆ (ถ้ามี).....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

...../...../.....

หนังสือรับรองผู้ยากไร้

ชื่อผู้ยากไร้ นาย/ นาง/ นางสาว.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว เป็นผู้ยากไร้ (ทำเครื่องหมาย ☐)

☐ อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้น้อย ไม่เพียงพอสำหรับยังชีพ ทำให้ประสบภาวะยากลำบากในการดำรงชีวิตอย่างมาก

☐ ไม่มีผู้ให้พึ่งพาอาศัย หรือมีให้พึ่งพาอาศัย เช่น บุตร หลาน ญาติ น้อง พี่น้อง แต่ไม่สามารถพึ่งพาได้ โดยเป็นที่ประจักษ์ต่อสาธารณชน

☐ อยู่ในครอบครัวที่หัวหน้าครอบครัวเสียชีวิต ทอดทิ้ง สาบสูญ ต้องโทษจำคุก หรือหัวหน้าครอบครัวเจ็บป่วยร้ายแรง หรือพิการ จนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ทำให้ประสบสภาวะยากลำบากในการดำรงชีพเป็นอย่างมาก

โดยขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง ทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ใบเสร็จรับเงิน

ชื่อ .....

ที่อยู่ .....

เล่มที่.....

เลขที่.....

วันที่.....

ชื่อลูกค้า .....

ที่อยู่ ..... **เลขประจำตัวผู้เสียภาษี** .....

รายการ	**จำนวนเงิน**
ตัวอักษร **รวมเป็นเงิน**	

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน

(.....)

ใบเสร็จรับเงิน

ชื่อ .....

ที่อยู่ .....

เล่มที่.....
เลขที่.....
วันที่.....

ชื่อลูกค้า องค์การบริหารส่วนจังหวัดราชบุรี
ที่อยู่ ต.หน้าเมือง อ.เมือง จ.ราชบุรี ๗๐๐๐๐ **เลขประจำตัวผู้เสียภาษี** ๐๙๙๔๐๐๐๕๓๖๔๔๕

รายการ	**จำนวนเงิน**
ตัวอักษร **รวมเป็นเงิน**	

ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน

(.....)

แบบคำขอรับเงินผ่านธนาคาร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดราชบุรี

☐ บุคคลธรรมดา

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
โทรสาร.....บัตรประจำตัว.....เลขที่.....
วันที่ออกบัตร.....วันที่หมดอายุ.....เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร.....

☐ นิติบุคล

ข้าพเจ้า.....ซึ่งจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ณ.....
มีสำนักงานใหญ่อยู่เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร.....
โดย.....ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันนิติบุคคลปรากฏตามหนังสือรับรอง
ของสำนักงานทะเบียนหุ้นส่วน/บริษัท.....
ลงวันที่.....และมีหนังสือมอบอำนาจลงวันที่.....
มีความประสงค์ให้.....องค์การบริหารส่วนจังหวัดราชบุรี.....
โอนเงินค่า.....จำนวนเงิน.....บาท
ตัวอักษร.....ตามสัญญา/ใบสั่งซื้อจ้างเลขที่.....ลงวันที่.....
และหนังสือแจ้งการโอนสิทธิเรียกร้องระหว่าง.....
กับ.....ลงวันที่.....
เข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....
ทั้งนี้หากมีค่าธรรมเนียมหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดที่ธนาคารเรียกเก็บข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินดังกล่าวจากเงินที่จะได้รับจากทางราชการ และพร้อมที่จะจัดส่งใบเสร็จรับเงินให้ภายใน ๑๕ วัน นับแต่วันที่โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)