

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 เป็นบุคคลคนเดียวกับ 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		เพศ	ว/ด/ป.เกิด	เกี่ยวข้องเป็น	การศึกษา	อาชีพ	รายได้ (บาท)	สุขภาพ
	เลขประจำตัวประชาชน								
	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/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เครื่องช่วยความพิการระบุ.....
 ส่งเข้ารับการรักษา/ทำกายภาพบำบัด เงินทุน/อุปกรณ์การศึกษา เงินทุนประกอบอาชีพ ที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน
 ค่าปรึกษา/แนะนำ ค่าเดินทางไปรักษาพยาบาล อื่น ๆ ระบุ.....

๗. ความช่วยเหลือของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด/องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลตำบล

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

๘. กรณีขอรับความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าเดินทางไปรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล ระบุ.....
เพื่อรับการรักษาโรค ฟอกไต/ฟอกเลือด มะเร็ง..... เบาหวาน
 โรคผิวหนัง อื่น ๆ ระบุ.....

ความถี่ในการไปโรงพยาบาลตามที่แพทย์นัด 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. ความเห็นของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- เห็นควรช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ยื่นคำขอเป็นผู้ได้รับความเดือดร้อนจริง
 อื่น ๆ

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

๑๐. ความเห็นของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

- เห็นควรช่วยเหลือเบื้องต้น
 ส่งต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพื่อช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล

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

๑๑. มติของคณะกรรมการดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ครั้งที่...../.....
เมื่อวันที่.....

อนุมัติ

- | | |
|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> ค่าเหมารถจากบ้าน - โรงพยาบาล | จำนวนเงิน.....บาท |
| <input type="checkbox"/> ค่ารถรับจ้างจากบ้าน - สถานีขนส่ง | จำนวนเงิน.....บาท |
| <input type="checkbox"/> ค่าโดยสารรถยนต์ประจำทาง จากสถานีขนส่ง - โรงพยาบาล | จำนวนเงิน.....บาท |
| <input type="checkbox"/> ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง กรณีใช้รถส่วนบุคคล | จำนวนเงิน.....บาท |
| <input type="checkbox"/> 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 (กรณีที่แพทย์นัด)
๔. ภาพถ่าย (แนบภาพถ่ายความเป็นอยู่ และที่อยู่อาศัยของผู้ยื่นคำขอเพื่อประกอบการพิจารณา)