หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย
ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐

ผู้ป่วยที่ยากไร้

คุณสมบัติ

๑. มีสัญชาติไทย

๒. มีภูมิลำเนา*ในเขตจังหวัดบึงกาฬ

๓. ได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลของรัฐ

ขอรับแบบคำขอ ณ อบจ. เทศบาล หรือ อบต.

เอกสารประกอบแบบคำขอ มีดังนี้

๑. แบบคำขอรับการสงเคราะห์

๒. สำเนาบัตรประจำตัวปชช. ผู้ป่วยและหรือผู้ดูแล อย่างละ ๑ ฉบับ

๓. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วยฯ ๑ ฉบับ

๔. สำเนาบัตรประจำตัวผู้ป่วยฯ/ใบนัดของผู้ป่วยฯ/ หรือหนังสือส่งตัวไปรักษาสถานพยาบาลอื่น ๑ ฉบับ

(อย่างใดอย่างหนึ่งแล้วแต่กรณี)

๕. สำเนาบัญชีธนาคารผู้ป่วยฯ หรือผู้ดูแล ๑ ฉบับ

๖. สำเนาใบยินยอมให้โอนเงินผ่านธนาคาร หรือ KTB corporate

๗. สำเนาเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

(เอกสาร ข้อ ๒-๗ ต้องรับรองสำเนาถูกต้อง)

การยื่นคำขอ

๑. ยื่นคำขอรับการสงเคราะห์ต่อ อบจ. เทศบาล หรือ อบต. ที่ผู้ยื่นคำขอมีภูมิลำเนา

๒. อบจ. เทศบาลและ อบต. รับคำขอรับการสงเคราะห์ พร้อมตรวจคุณสมบัติเบื้องต้นของผู้ป่วยที่ยากไร้

๓. ส่งคำขอรับการสงเคราะห์ไปยังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด
(เพื่อลดระยะเวลาและขั้นตอนในการดำเนินการ)

การพิจารณาให้ความช่วยเหลือ

๑. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ตรวจสอบข้อมูล และพิจารณาให้การสงเคราะห์

๒. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ตรวจสอบและพิจารณาให้การสงเคราะห์แล้ว แต่ไม่เพียงพอ หรือไม่ได้รับการสงเคราะห์ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ส่งข้อมูลและสำเนาหลักฐานคำขอรับการสงเคราะห์มายังองค์การบริหารส่วนจังหวัด

๓. องค์การบริหารส่วนจังหวัด จัดประชุมคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณาให้ความช่วยเหลือต่อไป

อัตราค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์

การกำหนดอัตราค่าเดินทาง ให้กำหนดเป็นค่าชดเชยค่าพาหนะเหมาจ่ายตามระยะทางจาก สถานที่พัก (ตามภูมิลำเนา) ไปยังสถานพยาบาลของรัฐ (ไป-กลับ) ในอัตรากิโลเมตรละ ๔ บาท ดังนี้

- ระยะทาง ๑-๒๐ กิโลเมตร ให้เบิกจ่ายในอัตราเหมาจ่าย ครั้งละ ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน)
- ระยะทาง ๒๑-๕๐ กิโลเมตร ให้เบิกจ่ายในอัตราเหมาจ่าย ครั้งละ ๓๐๐ บาท (สามร้อยบาทถ้วน)
- ระยะทาง ๕๑-๑๐๐ กิโลเมตร ให้เบิกจ่ายในอัตราเหมาจ่าย ครั้งละ ๔๐๐ บาท (สี่ร้อยบาทถ้วน)
- ระยะทางทางเกินกว่า ๑๐๐ กิโลเมตร ให้คำนวณตามระยะทางในอัตรากม.ละ ๔ บาท แต่ไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน)
- กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินที่จะต้องเดินทางเข้ารับการรักษายังสถานพยาบาลของรัฐทันทีทันใด ซึ่งจะต้องเหมารถหรือใช้บริการจ้างเหมาเป็นการด่วน ให้เบิกจ่ายได้เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน)

ทั้งนี้ ต้องมีใบเสร็จรับเงินหรือบิลเงินสดการจ้างเหมารถบริการประกอบการพิจารณาด้วย
(กรณีมีความจำเป็นเกินกว่า ๓ ครั้ง ให้ขอความเห็นชอบจาก ผวจ. เป็นรายกรณี)

แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ
ในการขอรับค่าเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ

ชื่อผู้ป่วย นาย/นาง/น.ส./ด.ช./ด.ญ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดบึงกาฬ หมายเลขโทรศัพท์.....
<u>บุคคลที่สามารถติดต่อได้/ผู้ดูแลผู้ป่วย</u> ชื่อ-สกุล.....
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....
ภูมิลำเนาในเขตพื้นที่ ทน./ทม./ทต./อบต.....ป่วยด้วยโรค.....☐ รักษาครั้งแรก
สถานพยาบาลที่รักษา.....ความถี่ในการรักษา.....ครั้ง/เดือน/ปี ☐ รักษาต่อเนื่อง
รายได้.....บาท/เดือน ○ เป็นคนไข้ในพระราชานุเคราะห์ ○ เป็นคนไข้ทั่วไป ☐ อื่นๆ

ผู้ป่วยที่ยากไร้ฯ ได้รับเงินสงเคราะห์จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดบึงกาฬ ซึ่งได้นำเงินจำนวนดังกล่าวไปเป็นค่าใช้จ่ายและไม่เพียงพอ จึงขอรับการสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาล ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วย ที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังนี้

ระยะทาง (ไป-กลับ) จากบ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัดบึงกาฬ ถึงสถานพยาบาลของรัฐ.....ระยะทาง.....กิโลเมตรเป็นเงิน.....บาท

ทั้งนี้ได้แนบเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินค่าเดินทางพร้อมรับรองความถูกต้องของสำเนา มาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

○ แบบคำขอรับการสงเคราะห์
○ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ๑ ฉบับ
○ สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ
○ สำเนาบัญชีธนาคารกรุงไทย หรือธนาคารอื่นๆ ของผู้ป่วยที่ยากไร้ฯหรือผู้ดูแล ๑ ฉบับ

*(กรณีให้โอนค่าพาหนะเข้าบัญชีของผู้ดูแล ให้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดูแล ๑ ฉบับ

○ สำเนาใบยินยอมให้โอนเงินผ่านธนาคาร หรือ KTB corporate
○ สำเนาบัตรประจำตัวผู้ป่วย / ใบนัดของสถานพยาบาลของรัฐ / หนังสือส่งตัวไปรักษาพยาบาลอื่น (*อย่างใดอย่างหนึ่งแล้วแต่กรณี) ๑ ฉบับ
○ สำเนาเอกสารอื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจสอบแล้วพบว่า ข้อมูลส่วนใดส่วนหนึ่งไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ระงับการช่วยเหลือและคืนเงินค่าพาหนะเดินทาง ที่ได้รับตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้ดูแล
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับเรื่อง
(.....)
ตำแหน่ง.....(เจ้าหน้าที่อปท.)
วันที่.....

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

สำหรับเจ้าหน้าที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดบึงกาฬ

ตรวจสอบแล้ว ○ เอกสารครบถ้วน ○ เอกสารไม่ครบถ้วน ○ เป็นผู้ยากไร้ ○ ไม่ได้เป็นผู้ยากไร้

กรณี เป็นผู้ยากไร้ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดบึงกาฬ

○ ให้การสงเคราะห์แล้วเพียงพอ ○ ให้การสงเคราะห์แล้ว ไม่เพียงพอ เห็นควร.....

.....

○ ไม่ได้ให้การสงเคราะห์ เห็นควร.....

.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ พมจ.บก.

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ

ตรวจสอบแล้ว ○ เอกสารครบถ้วน ○ เอกสารไม่ครบถ้วน

เป็นผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ ที่ได้รับการสงเคราะห์ช่วยเหลือเป็นค่าเดินทางไปรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ เป็นครั้งที่ ○ ครั้งที่ ๑ ○ ครั้งที่ ๒ ○ ครั้งที่ ๓ และได้รับการอนุมัติให้ความช่วยเหลือเป็นค่าเดินทางไปรักษาพยาบาลฯ เบิกจ่ายประจำปีงบประมาน พ.ศ..... ครั้งที่.....เมื่อวันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ อบจ.บก

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

สำหรับผู้ป่วยที่ยากไร้ของอบจ.บึงกาฬหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ยากไร้ของอบจ.บึงกาฬ

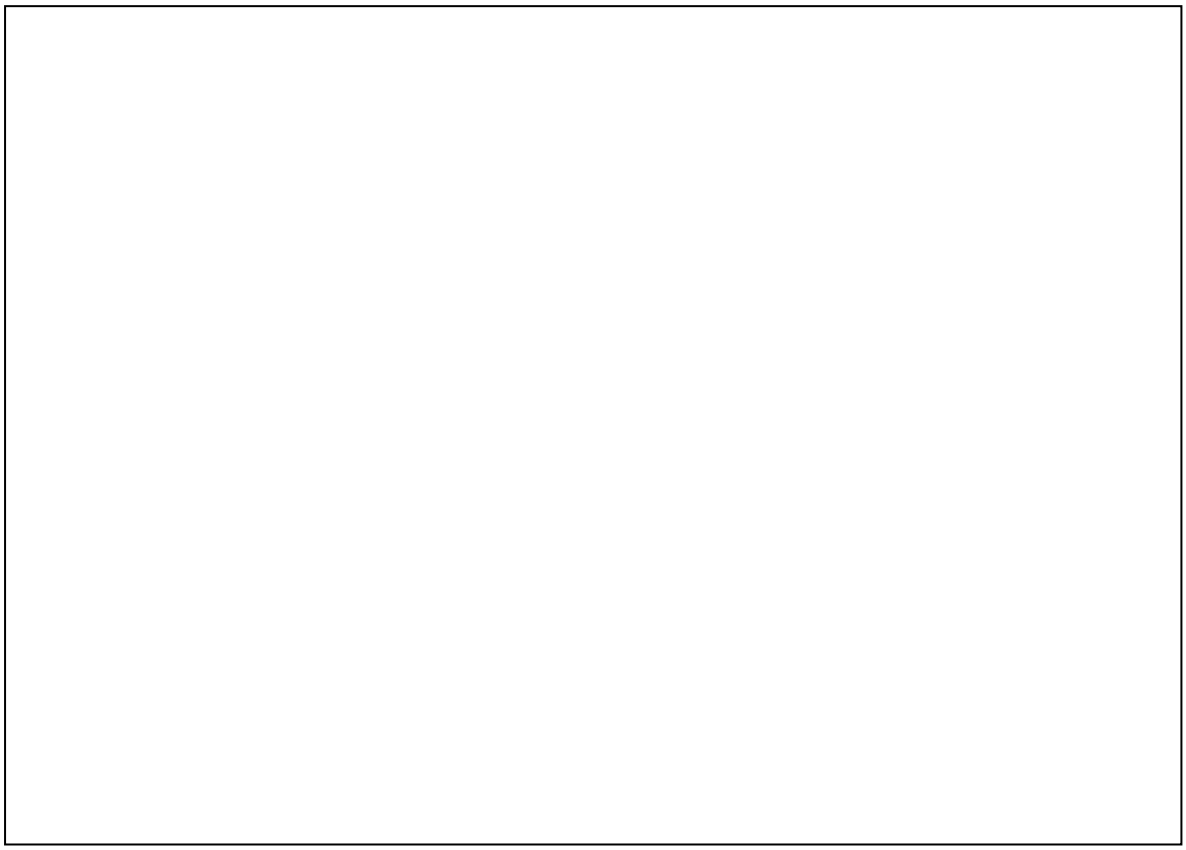
ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส./ด.ช./ด.ญ.....ได้รับค่าพาหนะเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ จำนวนเงิน.....บาท โดยได้โอนเงินเข้าบัญชีชื่อ .....บัญชีเลขที่.....เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน (ผู้ป่วย/ผู้ดูแล)

(.....)

วันที่.....

แผนที่ตั้งบ้านของผู้ป่วยที่ยากไร้ฯ พอสังเขป



* คำนวณระยะทางจากเกณฑ์ของ Google Map เป็นหลัก

<u>หมายเหตุ</u> ๑. หากผู้ป่วยที่ยากไร้ไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ สามารถประทับลายนิ้วมือได้

๒. Down load แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ ได้ที่ Web site ของ อบจ.บึงกาฬ https://www.buengkanpao.go.th/หัวข้อ บริการประชาชน/แบบฟอร์มสำหรับประชาชน/๑.ผู้ป่วยที่ยากไร้ อบจ.บก.

๓. ให้ อปท. จัดทำหนังสือนำส่งเอกสารข้างต้น ไปยัง สนง.พมจ.บก. กลุ่มการพัฒนาสังคมและสวัสดิการ โทร. ๐๔๒-๔๙๒๔๖๒

๔. สอบถามเพิ่มเติม ฝ่ายพัฒนาสังคม สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด อบจ.บึงกาฬ โทร ๐๔๒-๔๙๒๗๕๔ ต่อ ๑๒๖