

ผู้ป่วยที่ยากไร้ อบจ.บก. เลขที่...../..... วันที่รับคำขอ.....



แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ ในการ  
ขอรับค่าเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ



ส่วนที่ ๑. สำหรับผู้ป่วยที่ยากไร้

ข้าพเจ้า (ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....  
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี  
สถานภาพ ( ) โสด ( ) สมรส ( ) หม้าย ( ) หย่าร้าง ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ.....  
ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดบึงกาฬ  
หมายเลขโทรศัพท์.....อาชีพ.....รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท  
ป่วยด้วยโรค/อาการเจ็บป่วย.....  
ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....ความถี่ในการไปรักษา.....ครั้ง/เดือน/ปี  
ประเภทคนไข้ ( ) เป็นคนไข้ในพระราชานุเคราะห์ ( ) เป็นคนไข้ทั่วไป  
ความพิการของร่างกาย ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ.....  
( ) ๑. ความพิการทางการเห็น ( ) ๒. ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  
( ) ๓. ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ( ) ๔. ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม  
( ) ๕. ความพิการทางสติปัญญา ( ) ๖. ความพิการทางการเรียนรู้  
( ) ๗. ออทิสติก  
บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ.....นามสกุล.....  
มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอรับการสงเคราะห์ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาล  
ของรัฐ ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๒ มาตรา  
๑๗ (๒๗) การสังคมสงเคราะห์และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส และระเบียบกระทรวงมหาดไทย  
ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐

จากบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดบึงกาฬ  
ถึงสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา (ไป-กลับ) ดังนี้

- ๑. ไปโรงพยาบาล.....ระยะทางโดยประมาณ.....กิโลเมตร เป็นเงิน.....บาท  
โดยยานพาหนะ ( ) รถยนต์ส่วนบุคคล ( ) รถรับจ้างเหมาจ่าย ( ) รถโดยสารประจำทาง ( ) อื่นๆ ระบุ.....
- ๒. ไปโรงพยาบาล.....ระยะทางโดยประมาณ.....กิโลเมตร เป็นเงิน.....บาท  
โดยยานพาหนะ ( ) รถยนต์ส่วนบุคคล ( ) รถรับจ้างเหมาจ่าย ( ) รถโดยสารประจำทาง ( ) อื่นๆ ระบุ.....
- ๓. ไปโรงพยาบาล.....ระยะทางโดยประมาณ.....กิโลเมตร เป็นเงิน.....บาท  
โดยยานพาหนะ ( ) รถยนต์ส่วนบุคคล ( ) รถรับจ้างเหมาจ่าย ( ) รถโดยสารประจำทาง ( ) อื่นๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจสอบแล้วพบว่าข้อมูลเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ระงับการช่วยเหลือ และคืนเงินค่าพาหนะเดินทางที่ได้รับตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินค่าพาหนะ พร้อมรับรองความถูกต้องของสำเนา มาพร้อมด้วยแล้ว ดังนี้

- ( ) แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ
  - ( ) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ผู้ป่วย/ผู้ดูแล
  - ( ) สำเนาทะเบียนบ้าน ผู้ป่วย/ผู้ดูแล
  - ( ) สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล (ธนาคารสาขาในจังหวัดบึงกาฬเท่านั้น)
  - ( ) หนังสือแบบคำขอรับเงินผ่านธนาคาร (ของ อบจ.เท่านั้น)
  - ( ) ใบรับรองแพทย์ หรือหลักฐานยืนยันเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาลของรัฐ
  - ( ) สำเนาใบนัดรักษาจากสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลของรัฐ
  - ( ) สำเนาหนังสือส่งตัวรักษาจากโรงพยาบาลของรัฐ
  - ( ) ภาพถ่ายของผู้ป่วย และภาพถ่ายที่เห็นลักษณะบ้าน/สภาพที่อยู่อาศัยอย่างชัดเจน
  - ( ) สำเนาเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
- \* เอกสารสำเนาต้องรับรองสำเนาถูกต้องทุกแผ่น

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

ลงชื่อ.....จนท.อปท.  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
ผู้รับเรื่อง  
วันที่ ...../...../.....

ลงชื่อ.....ปลัด.อปท.  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
ผู้รับรองคุณสมบัติ  
วันที่ ...../...../.....

หมายเหตุ : กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทน ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ มาพร้อมแบบคำร้องฯ นี้ด้วย

ส่วนที่ ๒. สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมบ้าน

ตรวจเยี่ยมบ้าน

เจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมบ้าน ชื่อ-สกุล.....

ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วยที่ยากไร้.....

บ้านเลขที่.....

สภาพที่อยู่อาศัย

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

สภาพปัญหาความยากไร้ของผู้ป่วย

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ลงชื่อ.....จนท.ผู้เยี่ยมบ้าน

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่.....

หมายเหตุ : ผู้เยี่ยมบ้าน หมายถึง เจ้าหน้าที่ของ เทศบาล หรือ องค์การบริหารส่วนตำบล ในพื้นที่เท่านั้น

ส่วนที่ ๓. สำหรับเจ้าหน้าที่ พมจ./อบจ.

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 เบิกจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

ครั้งที่.....เมื่อวันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ อบจ.บก  
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ

นาย/นาง/น.ส./ด.ช./ด.ญ.....ได้รับค่าพาหนะเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ จำนวนเงิน.....บาท โดยได้โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....ประเภท.....

ชื่อบัญชี.....บัญชีเลขที่.....เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน จนท.อบจ.  
(.....)

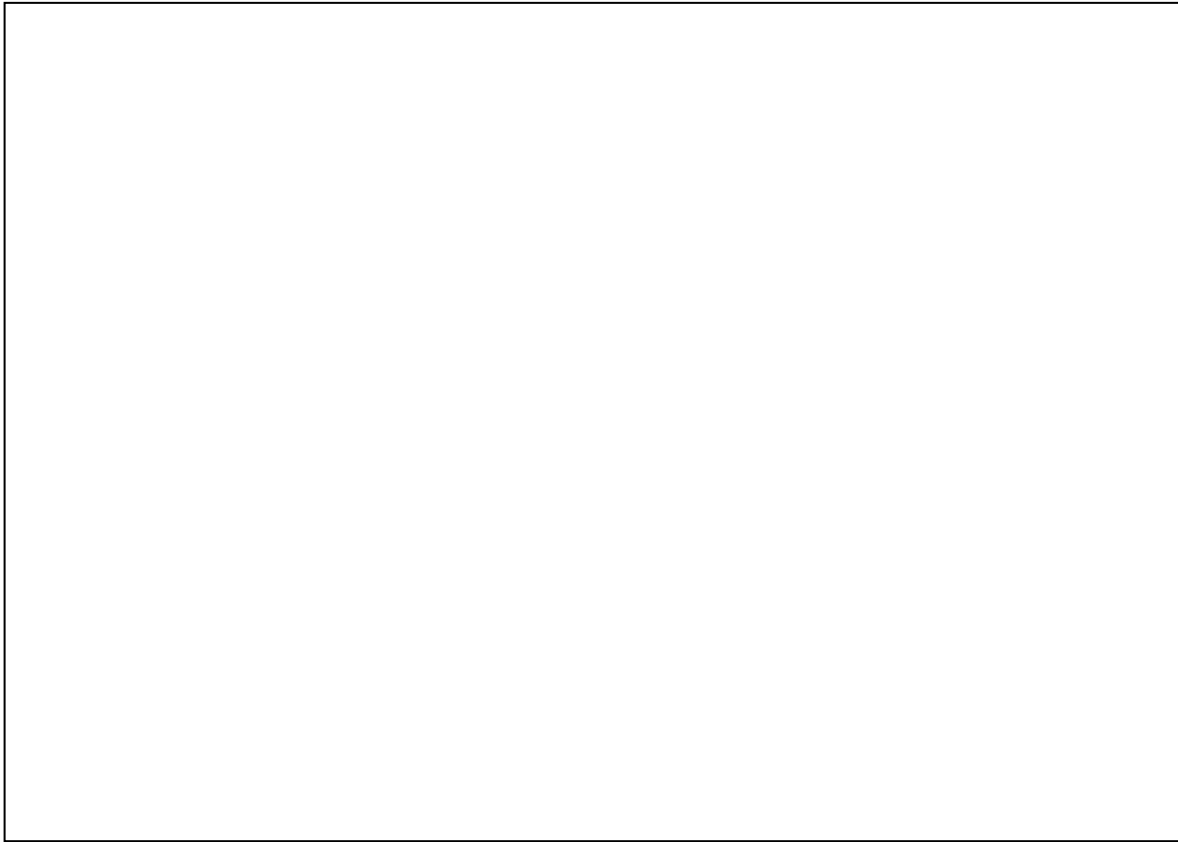
ตำแหน่ง.....

วันที่.....

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

วันที่.....

ส่วนที่ ๔. แผนที่ตั้งบ้านของผู้ป่วยที่ยากไร้ฯ พอสังเขป



\* คำนวณระยะทางจากเกณฑ์ของ กรมทางหลวง กระทรวงคมนาคม <https://www.doh.go.th> เป็นหลัก

**หมายเหตุ** ๑. หากผู้ป่วยที่ยากไร้ไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ สามารถประทับลายนิ้วมือได้  
๒. Down load แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ ได้ที่ Web site ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด บึงกาฬ <https://buengkanpao.go.th> หัวข้อ บริการประชาชน/แบบฟอร์มสำหรับประชาชน/๑. แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ และ ๒. แบบคำขอรับเงินผ่านธนาคาร  
๓. ให้ อบท. จัดทำหนังสือนำเสนอเอกสารข้างต้น ไปยัง สนง.พมจ.บึงกาฬ กลุ่มการพัฒนาสังคมและสวัสดิการ โทร. ๐๔๒-๔๙๒๔๖๒

๔. สอบถามเพิ่มเติม ฝ่ายสวัสดิการสังคม สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด อบจ.บึงกาฬ โทร ๐๔๒-๔๙๒๗๕๔