

แบบแสดงความประสงค์ขอรับการส่งเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์กรบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ในการขอรับค่าเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ

ชื่อผู้ป่วย นาย/นาง/น.ส./ด.ช./ด.ญ..... นามสกุล..... อายุ..... ปี
เลขประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัดสุราษฎร์ธานี หมายเลขโทรศัพท์.....
บุคคลที่สามารถติดต่อได้/ผู้ดูแลผู้ป่วย ชื่อ-สกุล.....
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย..... หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....
ภูมิลำเนาในเขตพื้นที่ ทน./ทม./ทต./อบต..... ป่วยด้วยโรค..... รักษาครั้งแรก
สถานพยาบาลที่รักษา..... ความถี่ในการรักษา..... ครั้ง/เดือน/ปี รักษาต่อเนื่อง
รายได..... บาท/เดือน เป็นคนไข้ในพระราชบัญญาตราพระราชบัญญัติ เป็นคนไข้ทั่วไป อื่นๆ.....

ผู้ป่วยที่ยากไร้ ได้รับเงินสงเคราะห์จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งได้นำเงินจำนวนดังกล่าวไปเป็นค่าใช้จ่ายและไม่เพียงพอ จึงขอรับการส่งเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาล ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการส่งเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์กรบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังนี้

ระยะทาง(ไป-กลับ) จากบ้านเลขที่..... หมู่..... ตำบล..... อำเภอ.....
จังหวัดสุราษฎร์ธานี ถึงสถานพยาบาลของรัฐ..... ระยะทาง..... กิโลเมตร เป็นเงิน..... บาท
ทั้งนี้ได้แนบเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินค่าเดินทางพร้อมรับรองความถูกต้องของสำเนา
มาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

- แบบคำขอรับการส่งเคราะห์
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยที่ยากไร้ ๑ ฉบับ
- สำเนาบัญชีธนาคารกรุงไทย หรือ ก.ก.ส. หรือธนาคารอื่นๆ
ของผู้ป่วยที่ยากไร้หรือผู้ดูแล ๑ ฉบับ

(กรณีให้โอนค่าพาหนะเข้าบัญชีของผู้ดูแล ให้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดูแล ๑ ฉบับ)

- สำเนาบัตรประจำตัวผู้ป่วย / ในบัตรของสถานพยาบาลของรัฐ / หนังสือส่งตัวไปรักษาพยาบาลอื่น
(*อย่างใดอย่างหนึ่งแล้วแต่กรณี) ๑ ฉบับ
- สำเนาเอกสารอื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจสอบแล้วพบว่าข้อมูลส่วนใดส่วนหนึ่งไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ระงับการช่วยเหลือและคืนเงินค่าพาหนะเดินทางที่ได้รับตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ให้กับองค์กรบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

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

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

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

สำหรับเจ้าหน้าที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตรวจสอบแล้ว เอกสารครบถ้วน เอกสารไม่ครบถ้วน เป็นผู้ยกไว้ ไม่ได้เป็นผู้ยกไว้
 กรณี เป็นผู้ยกไว้ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี
 ให้การสงเคราะห์แล้วเพียงพอ ให้การสงเคราะห์แล้ว ไม่เพียงพอ เห็นควร.....

ไม่ได้ให้การสงเคราะห์ เห็นควร.....

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่ พมจ.สภ.
 (.....)
 ตำแหน่ง.....
 วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตรวจสอบแล้ว เอกสารครบถ้วน เอกสารไม่ครบถ้วน
 เป็นผู้ป่วยที่ยกไว้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ได้รับการสงเคราะห์ช่วยเหลือ
 เป็นค่าเดินทางไปรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ เป็นครั้งที่ ครั้งที่๑ ครั้งที่ ๒ ครั้งที่ ๓
 และได้รับการอนุมัติให้ความช่วยเหลือเป็นค่าเดินทางไปรักษาพยาบาลฯ เปิกจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....
 ครั้งที่..... เมื่อวันที่.....

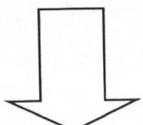
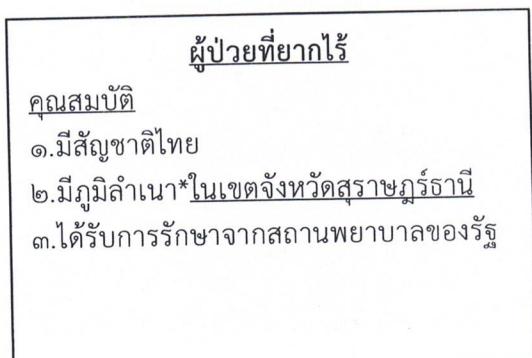
ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่ อบจ.สภ
 (.....)
 ตำแหน่ง.....
 วันที่.....

สำหรับผู้ป่วยที่ยกไว้ของอบจ.สุราษฎร์ธานีหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ยกไว้ของอบจ.สุราษฎร์ธานี

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส./ด.ช./ด.ญ..... ได้รับค่าพาหนะเพื่อเข้ารับ<sup>การรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ จำนวนเงิน..... บาท โดยได้โอนเงินเข้าบัญชี
 ชื่อ..... บัญชีธนาคาร..... เลขที่..... เรียบร้อยแล้ว</sup>

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

ขั้นตอนการดำเนินการการลงทะเบียนที่ยกให้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียนที่ยกให้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐



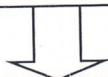
รับแบบคำขอรับการลงทะเบียน อบท.

เอกสารประกอบแบบคำขอ มีดังนี้

- ๑.แบบคำขอรับการลงทะเบียน
- ๒.สำเนาบัตรประชาชนของผู้ป่วยฯ และหรือผู้ดูแล อายุ่งกว่า ๑๘ ปี
- ๓.สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วยฯ ๑ ฉบับ
- ๔.สำเนาใบดัชของผู้ป่วยฯ ๑ ฉบับ
- ๕.สำเนาบัญชีธนาคารผู้ป่วยฯ หรือผู้ดูแล ๑ ฉบับ
(เน้นเป็น ธ.กรุงไทย หรือ ธ.เพื่อการเกษตรและสหกรณ์ สาขาในจ.สุราษฎร์ธานี)
- ๖.สำเนาเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

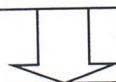
การยื่นคำขอ

- ๑.ยื่นคำขอรับการลงทะเบียน เทศบาล หรือ อบต. ที่ผู้ป่วยที่ยกให้ มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่
- ๒.เทศบาลและ อบต. รับคำขอรับการลงทะเบียน พร้อมตรวจคุณสมบัติเบื้องต้นของผู้ป่วยที่ยกให้
- ๓.ส่งคำขอรับการลงทะเบียนไปยังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด
(เพื่อลดระยะเวลาและขั้นตอนในการดำเนินการ)



การพิจารณาให้ความช่วยเหลือ

- ๑.สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ตรวจสอบข้อมูล และพิจารณาให้การลงทะเบียน
- ๒.สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ตรวจสอบและพิจารณาให้การลงทะเบียนแล้ว
แต่ไม่เพียงพอ หรือไม่ได้รับการลงทะเบียน สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด
ส่งข้อมูลและสำเนาหลักฐานคำขอรับการลงทะเบียนยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด
- ๓.องค์การบริหารส่วนจังหวัด จัดประชุมคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณาให้ความช่วยเหลือต่อไป



อัตราค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียน

การกำหนดอัตราค่าเดินทาง ให้กำหนดเป็นค่าเดินทางเพื่อจ่ายตามระยะทางจากสถานที่พัก
(ตามภูมิลำเนา) ไปยังสถานพยาบาลของรัฐ (ไป-กลับ) ในอัตรา กิโลเมตรละ 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 ให้คำนวณตามระยะทางในอัตรา กิโลเมตรละ ๔ บาท แต่ไม่เกิน
๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน)

กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินที่จะต้องเดินทางเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลของรัฐทันทีทันใด ซึ่งจะต้องเหมารถ
หรือใช้บริการจ้างเหมาเป็นการด่วน ให้เบิกจ่ายได้เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน)
ทั้งนี้ ต้องมีใบเสร็จรับเงินหรือบิลเงินสดการจ้างเหมารถบริการประจำเดือน กรณีมีความจำเป็นเกินกว่า
๓ ครั้ง ให้ขอความเห็นชอบจากผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นรายกรณี)