



ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลหนองอียอ
เรื่อง การลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือ กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ของ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ ข้อ ๑๓ กำหนดให้การให้ความช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต นอกจากกรณีการช่วยเหลือด้านสาธารณสุขฉุกเฉิน ให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศให้ประชาชนที่ประสงค์จะขอรับความช่วยเหลือ ยื่นลงทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือต่อ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเสนอคณะกรรมการ ประกอบกับหนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๐๔.๒/ว ๗๕๐๘ ลงวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๑ ได้แจ้งหลักเกณฑ์และ แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้รถเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจัดบริการสาธารณะเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ได้อย่างถูกต้อง ภายใต้กฎหมาย ระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยการจัดบริการสาธารณะเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในกรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอาจดำเนินการได้ตามหลักเกณฑ์และวิธีการ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับความช่วยเหลือจะต้องเป็นผู้ที่ได้ลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖

ดังนั้น เพื่อเป็นการให้ความช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตในเขตพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองอียอเป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด จึงประกาศรับลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชนกรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล ตามแบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน (แนบท้ายประกาศฯ) โดยกำหนดมาตรการ คุณสมบัติ และหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๑. การช่วยเหลือ เป็นการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลของรัฐ
๒. คุณสมบัติผู้มีสิทธิลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือ
 - ๒.๑ มีสัญชาติไทย
 - ๒.๒ เป็นผู้ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองอียอ
 - ๒.๓ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับความเดือดร้อนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำรงชีพ

ดังนี้

- (๑) เป็นผู้ป่วยติดเตียง
- (๒) เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
- (๓) เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล
- (๔) เป็นผู้ป่วยยากไร้
- (๕) เป็นผู้ป่วยไร้ที่พึ่ง
- (๖) เป็นผู้ป่วยคนพิการ
- (๗) กรณีอื่นๆ นอกเหนือจาก (๑) - (๖) ให้อยู่ในการพิจารณาของคณะกรรมการ

ช่วยเหลือประชาชนขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองอียอ

๓. ขั้นตอนการยื่นคำขอรับความช่วยเหลือ

๓.๑ ประชาชนที่มีคุณสมบัติตามข้อ ๒ สามารถยื่นลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือด้วยตนเองหรือผู้แทน ณ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองอียอ **ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป ถึงวันที่ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๘ ในวันและเวลาราชการ**

๓.๒ ท่านสามารถติดต่อขอรับแบบลงทะเบียนได้ ณ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองอียอ หรือนักหมู่บ้านในเขตตำบลหนองอียอ และทางเว็บไซต์องค์การบริหารส่วนตำบลหนองอียอ <https://www.nongeyor.go.th>

๔. เอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียน

๔.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย

๔.๒ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย

๔.๓ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ป่วย

๔.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย

ทั้งนี้ ผู้ที่ลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือดังกล่าว จะได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการให้ความช่วยเหลือประชาชนขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองอียอ และจะประกาศรายชื่อผู้ที่ผ่านการพิจารณาให้ความช่วยเหลือต่อไป

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๘



(นายเอกพล สีบาง)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองอียอ

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล
องค์การบริหารส่วนตำบลหนองอียอ อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์

คำขอเลขที่...../.....
(เจ้าหน้าที่กรอก)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยที่ขอรับความช่วยเหลือ

1. คำนำหน้าชื่อ.....ชื่อ.....นามสกุล.....
2. เลขประจำตัวประชาชน ---
3. วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี หมายเลขโทรศัพท์.....
4. ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ บ้านตนเอง ☐ บ้านเช่า ☐ อาศัยอยู่กับญาติ ☐ ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง
☐ อื่นๆ ระบุ.....
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบลหนองอียอ อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์
5. สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ สมรสแยกกันอยู่ ☐ หย่าร้าง ☐ หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)
6. ป่วยเป็นโรค.....
อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....
.....
.....
.....

7. อาชีพ/การทำงาน

- ☐ ว่างงาน ☐ นักเรียน/นักศึกษา
☐ พนักงานบริษัท/ห้างร้าน ☐ เกษตรกรรม ☐ อื่น ๆ

8. รายได้เฉลี่ยต่อปี

- ☐ ไม่มีรายได้ ☐ 1-5,000 บาท ☐ 5,001-10,000 บาท
☐ 10,001-20,000 บาท ☐ 20,001-30,000 บาท ☐ 30,001-40,000 บาท
☐ 40,001-50,000 บาท ☐ 50,001-60,000 บาท ☐ 60,001-70,000 บาท
☐ 70,001-80,000 บาท ☐ 80,001-90,000 บาท ☐ 90,001-100,000 บาท
☐ รายได้มากกว่า 100,000 บาท

9. สถานภาพที่อยู่อาศัย ☐ อยู่ตัวคนเดียว
☐ อยู่กับครอบครัว

ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อยู่อาศัยอยู่ร่วมกันจริงในปัจจุบัน) จำนวน.....คน

- 9.1 ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....อาชีพ.....
รายได้/เดือน.....บาท เบอร์โทรศัพท์.....

- 9.2 ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....อาชีพ.....
รายได้/เดือน.....บาท เบอร์โทรศัพท.....
- 9.3 ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....อาชีพ.....
รายได้/เดือน.....บาท เบอร์โทรศัพท.....
- 9.4 ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....อาชีพ.....
รายได้/เดือน.....บาท เบอร์โทรศัพท.....
- 9.5 ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....อาชีพ.....
รายได้/เดือน.....บาท เบอร์โทรศัพท.....
- 9.6 ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....อาชีพ.....
รายได้/เดือน.....บาท เบอร์โทรศัพท.....

ส่วนที่ 2 ปัญหาความเดือนร้อนของผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับความเดือนร้อนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำรงชีพ ดังนี้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ 1. เป็นผู้ป่วยติดเตียง
- ☐ 2. เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
- ☐ 3. เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล
- ☐ 4. เป็นผู้ป่วยยากไร้
- ☐ 5. เป็นผู้ป่วยไร้ที่พึ่ง
- ☐ 6. เป็นผู้ป่วยพิการประเภท
- ☐ 6.1 ความพิการทางการมองเห็น
 - ☐ 6.2 ความพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย
 - ☐ 6.3 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
 - ☐ 6.4 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
 - ☐ 6.5 ความพิการทางสติปัญญา
 - ☐ 6.6 ความพิการทางออทิสติก

ส่วนที่ 3 ผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย (ถ้าผู้ป่วยยื่นคำขอเองไม่ต้องกรอก)

1. คำนำหน้าชื่อ.....ชื่อ.....นามสกุล.....
2. เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐-☐☐-☐
3. วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี หมายเลขโทรศัพท์.....
4. ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....

ส่วนที่ 4 ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาประกอบคำขอ ดังนี้

- ☐ 1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย
- ☐ 2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย
- ☐ 3. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ป่วย
- ☐ 4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นที่ให้ถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากการให้ข้อมูลของข้าพเจ้าไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้องค์การบริหารส่วนตำบลหนองอียอระงับการช่วยเหลือ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้การรับรอง
(.....)
กำนันตำบลหนองอียอ/ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่.....
วันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน
(.....)
วันที่.....

หนังสือมอบอำนาจ

ทำขึ้นที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....
ออกให้โดย.....บัตรหมดอายุ.....ภูมิลำเนาบ้านเลขที่.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....โทร.....

ได้มอบอำนาจให้.....อายุ.....ปี
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....
ออกให้โดย.....บัตรหมดอายุ.....ภูมิลำเนาบ้านเลขที่.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....โทร.....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการ.....
.....
.....

แทนข้าพเจ้า จนเสร็จการ.....ซึ่งข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการ
ที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปเฉพาะตามที่ได้มอบอำนาจไว้นี้ เสมือนเป็นการกระทำของข้าพเจ้าเองทั้งสิ้น ข้าพเจ้า
ได้ลงชื่อต่อหน้าผู้รับมอบอำนาจและพยานทั้งสองไว้เป็นสำคัญ

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ (ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....) (.....)

(ลงชื่อ).....พยาน (ลงชื่อ).....พยาน
(.....) (.....)

หมายเหตุ 1. ผู้รับมอบอำนาจจะต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและบัตรประจำตัวประชาชน
ของตนเองไปแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ด้วย

2. การมอบอำนาจให้รับเงินหรือสิ่งของแทน ได้รับการยกเว้นไม่ต้องเสียอากรตามประมวลรัษฎากร