

**แบบบันทึกข้อมูลขอรับบริการทางสังคม เพื่อขอรับการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยที่ยากไร้
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 เป็นบุคคลคนเดียวกัน 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	เกี่ยวข้อง เป็น	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/ผู้ติดเชื่อเอ็ดส์ เครื่องช่วยความพิการระบุ.....
- ส่งเข้ารับการรักษา/ทำกายภาพบำบัด เงินทุน/อุปกรณ์การศึกษา เงินทุนประกอบอาชีพ ที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน
- ค่าปรึกษา/แนะนำ ค่าเดินทางไปรักษาพยาบาล อื่น ๆ ระบุ.....

๗. ความช่วยเหลือของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด/องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลตำบล

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

๘. กรณีขอรับความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าเดินทางไปรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล.....

- 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. ความเห็นของผู้นำท้องถิ่น

- เห็นควรช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ยื่นคำขอเป็นผู้ได้รับความเดือดร้อนจริง
- อื่น ๆ

ลงชื่อ.....กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน
(.....)

ตำแหน่ง.....

๑๐. ความเห็นของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- เห็นควรช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ยื่นคำขอเป็นผู้ได้รับความเดือดร้อนจริง
- อื่น ๆ

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

ตำแหน่ง.....

๑๑. ความเห็นของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

- เห็นควรช่วยเหลือเบื้องต้น
- ส่งต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพื่อช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล

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

๑๒. มติของคณะกรรมการดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยกไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ครั้งที่...../.....

เมื่อวันที่.....

- อนุมัติ
 - ค่าเหมารถจากบ้าน - โรงพยาบาล จำนวนเงิน.....บาท
 - ค่ารถรับจ้างจากบ้าน - สถานีขนส่ง จำนวนเงิน.....บาท
 - ค่าโดยสารรถยนต์ประจำทาง จากสถานีขนส่ง - โรงพยาบาล จำนวนเงิน.....บาท
 - ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง กรณีใช้รถส่วนบุคคล จำนวนเงิน.....บาท
 - อื่น ๆ ระบุ..... จำนวนเงิน.....บาทรวมเป็นเงิน.....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)