



## ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลตะโกทอง

### เรื่อง การลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือ กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาล ภายในจังหวัดชัยภูมิ

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๖ ข้อ ๑๓ กำหนดให้ การช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิต นอกจากกรณีการช่วยเหลือด้านสาธารณสุขยกเว้น ให้องค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่นประกาศให้ประชาชนที่ประสงค์จะขอรับความช่วยเหลือ ยื่นลงทะเบียน เพื่อขอรับความช่วยเหลือ ต่อองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเสนอคณะกรรมการตาม ข้อ ๙ ประกอบกับหนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุดที่ มท ๐๘๐๘.๒/ว ๗๕๐๘ ได้แจ้งหลักเกณฑ์และแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้รถเพื่อช่วยเหลือประชาชน ตามอำนาจหน้าที่ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจัดบริการสาธารณะ เพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ได้อย่างถูกต้อง ภายใต้กฎหมาย ระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยการจัดบริการสาธารณะ เพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในกรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลภายในจังหวัดชัยภูมิ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอาจดำเนินการได้ตามหลักเกณฑ์และวิธีการซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือจะต้องเป็นผู้ป่วยที่ได้ลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือ จากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชน ตามอำนาจหน้าที่ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ นั้น

ดังนั้น เพื่อเป็นการให้ความช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต ในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลตะโกทอง เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงมหาดไทย กำหนด จึงประกาศรับลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือประชาชน กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลภายในจังหวัดชัยภูมิ ตามแบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน (แนบท้ายประกาศฯ) โดยกำหนดมาตรการ คุณสมบัติและหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๑. การช่วยเหลือ เป็นการรับส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลภายในจังหวัดชัยภูมิ
๒. คุณสมบัติผู้มีสิทธิลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือ
  - ๒.๑ สัญชาติไทย
  - ๒.๒ เป็นผู้มิชื้อในทะเบียนบ้านในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลตะโกทอง
  - ๒.๓ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับความเดือดร้อนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำรงชีพ ดังนี้
    - (๑) เป็นผู้ป่วยติดเตียง
    - (๒) เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
    - (๓) เป็นผู้ที่ไม่มียุ่ดูแล
    - (๔) เป็นผู้ป่วยยากไร้
    - (๕) เป็นผู้ป่วยไร้ที่พึ่ง

(๖) เป็นผู้ป่วยคนพิการ

(๗) กรณีอื่นๆ นอกเหนือจาก (๑)-(๖) ให้อยู่ในการพิจารณาของคณะกรรมการช่วยเหลือประชาชนขององค์การบริหารส่วนตำบลตะโกทอง

๓. ขั้นตอนการยื่นคำขอรับความช่วยเหลือ

๓.๑ ประชาชนที่มีคุณสมบัติตามข้อ ๒ สามารถยื่นลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือด้วยตนเอง หรือผู้แทน ณ งานสาธารณสุข สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลตะโกทอง ตั้งแต่วันที่ประกาศเป็นต้นไป

๓.๒ ท่านสามารถติดต่อขอรับแบบลงทะเบียนได้ ณ งานสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบลตะโกทอง กำหนด ผู้ใหญ่บ้านตำบลตะโกทอง

๔. เอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียน

๔.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย

๔.๒ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย

๔.๓ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ป่วย

๔.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย

ทั้งนี้ ผู้ที่ยื่นลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือดังกล่าว จะได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการให้ความช่วยเหลือประชาชนขององค์การบริหารส่วนตำบลตะโกทอง และจะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการพิจารณาให้ความช่วยเหลือเป็นลำดับต่อไป

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๔ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘



( นายปรีชา เพชรประไพ )

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลตะโกทอง

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล  
องค์การบริหารส่วนตำบลตะโกทอง อำเภอซับใหญ่ จังหวัดชัยภูมิ

\*\*\*\*\*

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยที่ขอรับการช่วยเหลือ

1. ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ) .....
2. เลขประจำตัวประชาชน .....
3. วัน/เดือน/ปีเกิด .....อายุ.....ปี หมายเลขโทรศัพท์.....
4. ที่อยู่ปัจจุบัน  บ้านตนเอง  บ้านเช่า  อาศัยอยู่กับญาติ  มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง  
 อื่นๆ ระบุ.....  
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบลตะโกทอง อำเภอซับใหญ่ จังหวัดชัยภูมิ
5. สถานภาพ  โสด  สมรสอยู่ด้วยกัน  สมรสแยกกันอยู่  หย่าร้าง  หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)
6. ป่วยเป็นโรค.....  
อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....  
.....  
.....

7. ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อยู่อาศัยร่วมกันจริงในปัจจุบัน)

- 7.1 ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....อายุ.....ปี  
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ประกอบอาชีพ.....  
รายได้.....บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์.....
- 7.2 ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....อายุ.....ปี  
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ประกอบอาชีพ.....  
รายได้.....บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์.....
- 7.3 ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....อายุ.....ปี  
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ประกอบอาชีพ.....  
รายได้.....บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์.....
- 7.4 ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....อายุ.....ปี  
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ประกอบอาชีพ.....  
รายได้.....บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์.....

**ส่วนที่ 2 ปัญหาและความเดือดร้อนของผู้ป่วย**

ผู้ป่วยได้รับความเดือดร้อนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำรงชีพ 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. ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....
2. เลขประจำตัวประชาชน.....
3. วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี หมายเลขโทรศัพท์.....
4. ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....  
อำเภอ.....

**ส่วนที่ 4 ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาประกอบคำขอ ดังนี้**

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นที่ให้ถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากการให้ข้อมูลของข้าพเจ้าไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้องค์การบริหารส่วนตำบลระงับการช่วยเหลือและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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

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

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงและคุณสมบัติขอรับความช่วยเหลือ  
เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลตะโกทอง

คณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงและคุณสมบัติผู้ขอรับความช่วยเหลือ มีความเห็นดังนี้

สมควรรับขึ้นทะเบียน

ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

ลงชื่อ.....

(นายอนันต์ บอขุนทด)

ประธานกรรมการ

ลงชื่อ.....

(นางกรรณก มะเตือชุมพร)

กรรมการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธาน อสม.หมู่ที่.....

ลงชื่อ.....

(นางสาวบุษบา มณีวงษ์)

กรรมการ/เลขานุการ