แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล

องค์การบริหารส่วนตำบลโคกเพชร อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

****

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

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยที่ขอรับความช่วยเหลือ

1. ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....
2. เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐
3. วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี หมายเลขโทรศัพท์.....
4. ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ บ้านตนเอง ☐ บ้านเช่า ☐ อาศัยอยู่กับญาติ ☐ ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง
   ☐ อื่นๆ ระบุ.....

   บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
5. สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ สมรสแยกกันอยู่ ☐ อย่าร้าง ☐ หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)
6. ป่วยเป็นโรค.....

   อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

   .....

   .....

   .....
7. ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อยู่อาศัยอยู่ร่วมกันจริงในปัจจุบัน)

   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 ปัญหาความเดือนร้อนของผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับความเดือดร้อนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำรงชีพ ดังนี้ (เลือกได้มากว่า 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.....
   จังหวัด.....

ส่วนที่ 4 ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาประกอบคำขอ ดังนี้

☐ 1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย
☐ 2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย
☐ 3. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ป่วย

☐ 4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นที่ให้ถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากการให้ข้อมูลของข้าพเจ้าไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้องค์การบริหารส่วนตำบลโคกเพชร ระงับการช่วยเหลือ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

(.....) (.....)

วันที่..... วันที่.....

ความเห็นของคณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงและคุณสมบัติผู้ขอรับความช่วยเหลือ

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโคกเพชร

คณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงและคุณสมบัติผู้ขอรับความช่วยเหลือ มีความเห็นดังนี้

☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....) (.....)

ประธานกรรมการ กรรมการ

ลงชื่อ.....

(.....)

กรรมการ