

แบบบันทึกข้อมูลขอรับบริการทางสังคม เพื่อขอรับการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยยากไร้  
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	เกี่ยวข้องเป็น	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/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี  เครื่องช่วยความพิการระบุ.....  
 ส่งเข้ารับการรักษา/ทำกายภาพบำบัด  เงินทุน/อุปกรณ์การศึกษา  เงินทุนประกอบอาชีพ  ที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน  
 ค่าปรึกษา/แนะนำ  ค่าเดินทางไปรักษาพยาบาล  อื่น ๆ ระบุ.....

๗. ความช่วยเหลือของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด/องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลตำบล

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

๘. กรณีขอรับความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าเดินทางไปรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล ระบุ.....  
เพื่อรับการรักษาโรค  ฟอกไต/ฟอกเลือด  มะเร็ง.....  เบาหวาน  
 โรคผิวหนัง  อื่น ๆ ระบุ.....

ความถี่ในการไปโรงพยาบาลตามที่แพทย์นัด  สัปดาห์ละ.....ครั้ง  เดือนละ.....ครั้ง  ทุก ๆ .....เดือน  
 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. ความเห็นของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- เห็นควรช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ยื่นคำขอเป็นผู้ได้รับความเดือดร้อนจริง  
 อื่น ๆ .....

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

๑๐. ความเห็นของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

- เห็นควรช่วยเหลือเบื้องต้น  
 ส่งต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพื่อช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล

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

๑๑. มติของคณะกรรมการดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ครั้งที่...../.....  
เมื่อวันที่.....

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