



**ประกาศเทศบาลตำบลโคกสวาย**

**เรื่อง การลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือ กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล**

\*\*\*\*\*

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ ข้อ ๑๓ การให้ความช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต นอกจากกรณีช่วยเหลือด้านสาธารณสุขฉุกเฉิน ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศให้ประชาชนที่ประสงค์ขอรับความช่วยเหลือ ยื่นลงทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการตามข้อ ๙ ประกอบกับหนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๐๘.๒ /ว๗๕๐๘ ลงวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๑ ได้แจ้งหลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้รถเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจัดบริการสาธารณะเพื่อช่วยเหลือประชาชนได้อย่างถูกต้องภายใต้กฎหมาย ระเบียบ ที่เกี่ยวข้อง และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยการจัดบริการสาธารณะเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในกรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจดำเนินการได้ตามหลักเกณฑ์และวิธีการ ซึ่งผู้ผู้ป่วยจะได้รับความช่วยเหลือจะต้องเป็นผู้ที่ได้ลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ นั้น

ดังนั้น เพื่อเป็นการให้ความช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต และให้การดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเป็นไปอย่างทั่วถึง กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด เทศบาลตำบลโคกสวาย จึงประกาศรับลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล ตามแบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน (แนบท้ายประกาศ) โดยกำหนดมาตรการ คุณสมบัติ และหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- ๑. การช่วยเหลือ เป็นการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล
- ๒. คุณสมบัติผู้มีสิทธิลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือ
  - ๒.๑ มีสัญชาติไทย
  - ๒.๒ เป็นผู้ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตเทศบาลตำบลโคกสวาย

๒.๓ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับความเดือดร้อนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในการดำรงชีพ ดังนี้

(๑) เป็นผู้ป่วยติดเตียง

(๒) เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

(๓) เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล

(๔) เป็นผู้ป่วยยากไร้

(๕) เป็นผู้ป่วยไร้ที่พึ่ง

(๖) เป็นผู้ป่วยคนพิการ

(๗) กรณีอื่นๆ นอกเหนือจาก (๑) – (๖) ให้อยู่ในการพิจารณาของคณะกรรมการ

ช่วยเหลือประชาชนของเทศบาลตำบลโคกสวาย

๓. ขั้นตอนการยื่นคำขอรับความช่วยเหลือ

๓.๑ ประชาชนที่มีคุณสมบัติตามข้อ ๒ สามารถยื่นลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือด้วยตนเอง หรือผู้แทน ณ สำนักปลัดเทศบาลตำบลโคกสวาย ตั้งแต่วันที่ ๑๓ – ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๗ ในวันและเวลาราชการ

๓.๒ ท่านสามารถติดต่อขอรับแบบลงทะเบียนได้ ณ สำนักปลัดเทศบาลตำบลโคกสวาย กำหนด ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน และทางเว็บไซต์ของเทศบาลตำบลโคกสวาย [www.khoksawai.go.th](http://www.khoksawai.go.th)

๔. เอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียน

๔.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย

๔.๒ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย

๔.๓ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ป่วย

๔.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย

๔.๕ สำเนาบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ (กรณีเป็นผู้ป่วยยากไร้)

ทั้งนี้ ผู้ที่ลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือดังกล่าว จะได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการให้ความช่วยเหลือประชาชนของเทศบาลตำบลโคกสวาย และจะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการพิจารณาให้ความช่วยเหลือต่อไป

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๗ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗



(นายฐณเดช จุฑาจินดากุล)

นายกเทศมนตรีตำบลโคกสวาย

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยัง  
โรงพยาบาล  
เทศบาลตำบลโคกสวาย อำเภอนิโนไทย จังหวัดนครราชสีมา

\*\*\*\*\*

(กรณีร้องขอด้วยผู้แทน)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลผู้ยื่นคำร้อง

๑.ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....

เลขประจำตัวประชาชน  -  -  -  -

มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลผู้ป่วยที่ขอรับความช่วยเหลือ

๑.ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....

๒. เลขประจำตัวประชาชน  -  -  -  -

๓.วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี หมายเลขโทรศัพท์.....

๔.ที่อยู่ปัจจุบัน  บ้านตนเอง  บ้านเช่า  อาศัยอยู่กับญาติ  ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง  
 อื่นๆระบุ.....

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบลสายออ อำเภอนิโนไทย จังหวัดนครราชสีมา

๕.สถานภาพ  โสด  สมรสอยู่ด้วยกัน  สมรสแยกกันอยู่  หย่าร้าง  หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

๖.ป่วยเป็นโรค.....

อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

ส่วนที่ ๓ ปัญหาความเดือดร้อนของผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับความเดือดร้อนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำรงชีพ ดังนี้ (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ๑.เป็นผู้ป่วยติดเตียง
- ๒.เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้
- ๓.เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล
- ๔.เป็นผู้ป่วยที่ยากไร้
- ๕.เป็นผู้ป่วยไร้ที่พึ่ง
- ๖.เป็นผู้ป่วยพิการประเภท
  - ๖.๑ ความพิการทางการมองเห็น
  - ๖.๒ ความพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย
  - ๖.๓ ความพิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย
  - ๖.๔ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
  - ๖.๕ ความพิการทางสติปัญญา
  - ๖.๖ ความพิการทางอหิวาต์

๗.มีความประสงค์ขอให้เทศบาลตำบลโคกสวายช่วยเหลือ ดังนี้

.....

.....

.....

ส่วนที่ ๔ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาประกอบคำขอ ดังนี้

- ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย
- ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน
- ๓. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ
- ๔. สำเนาบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ
- ๕. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นที่ให้ถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากการให้ข้อมูลของข้าพเจ้าไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เทศบาลตำบลโคกสวายระงับการช่วยเหลือและ

ยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงและคุณสมบัติของผู้ขอรับความช่วยเหลือ

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลโคกสวาย

คณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงและคุณสมบัติผู้ขอรับความช่วยเหลือ มีความเห็นดังนี้

สมควรรับขึ้นทะเบียน

ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน เนื่องจาก.....

.....  
.....  
.....  
.....

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

ประธานกรรมการ

กรรมการ

ลงชื่อ.....  
(.....)

กรรมการและเลขานุการ

คำขอเลขที่ ...../.....

(เจ้าหน้าที่กรอก)

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยัง

โรงพยาบาล

เทศบาลตำบลโคกสวาย อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา

\*\*\*\*\*

(กรณีร้องขอด้วยตนเอง)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลผู้ป่วยที่ขอรับความช่วยเหลือ

๑. ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....

๒. เลขประจำตัวประชาชน  -  -  -  -

๓. วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี หมายเลขโทรศัพท์.....

๔. ที่อยู่ปัจจุบัน  บ้านตนเอง  บ้านเช่า  อาศัยอยู่กับญาติ  ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง  
 อื่นๆระบุ.....

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบลสายออ อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา

๕. สถานภาพ  โสด  สมรสอยู่ด้วยกัน  สมรสแยกกันอยู่  หย่าร้าง  หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

๖. ป่วยเป็นโรค.....

อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

ส่วนที่ ๒ ปัญหาความเดือดร้อนของผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับความเดือดร้อนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำรงชีพ ดังนี้ (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

๑. เป็นผู้ป่วยติดเตียง

๒. เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

๓. เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล

๔. เป็นผู้ป่วยที่ยากไร้

๕. เป็นผู้ป่วยไร้ที่พึ่ง

๖. เป็นผู้ช่วยพิจารณาประเภท

- ๖.๑ ความพิจารณาทางการมองเห็น
- ๖.๒ ความพิจารณาทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย
- ๖.๓ ความพิจารณาทางการเคลื่อนไหวร่างกาย
- ๖.๔ ความพิจารณาทางจิตใจหรือพฤติกรรม
- ๖.๕ ความพิจารณาทางสติปัญญา
- ๖.๖ ความพิจารณาทางอหิสติก

๗. มีความประสงค์ขอให้เทศบาลตำบลโคกสวายช่วยเหลือ ดังนี้

.....

.....

.....

ส่วนที่ ๓ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาประกอบคำขอ ดังนี้

- ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน
- ๓. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ
- ๔. สำเนาบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นที่ให้ถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากการให้ข้อมูลของข้าพเจ้าไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เทศบาลตำบลโคกสวายระงับการช่วยเหลือและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงและคุณสมบัติของผู้ขอรับความช่วยเหลือ

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลโคกสวาย

คณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงและคุณสมบัติผู้ขอรับความช่วยเหลือ มีความเห็นดังนี้

สมควรรับขึ้นทะเบียน

ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน เนื่องจาก.....

.....  
.....  
.....  
.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานกรรมการ

ลงชื่อ.....

(.....)

กรรมการ

ลงชื่อ.....

(.....)

กรรมการและเลขานุการ