

แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ในการขอรับค่าเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ

ชื่อผู้ป่วย นาย/นาง/น.ส./ต.ช./ต.ญ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดสุราษฎร์ธานี หมายเลขโทรศัพท์.....
บุคคลที่สามารถติดต่อได้/ผู้ดูแลผู้ป่วย ชื่อ-สกุล.....
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....
ภูมิลำเนาในเขตพื้นที่ ทน./ทม./ทต./อบต.....ป่วยด้วยโรค..... รักษาครั้งแรก
สถานพยาบาลที่รักษา.....ความถี่ในการรักษา.....ครั้ง/เดือน/ปี รักษาต่อเนื่อง
รายได้.....บาท/เดือน เป็นคนไข้ในพระราชานุเคราะห์ เป็นคนไข้ทั่วไป อื่นๆ.....

ผู้ป่วยที่ยากไร้ ได้รับเงินสงเคราะห์จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด
สุราษฎร์ธานี ซึ่งได้นำเงินจำนวนดังกล่าวไปเป็นค่าใช้จ่ายและไม่เพียงพอ จึงขอรับการสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายใน
การเดินทางไปรักษาพยาบาล ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วย
ที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังนี้

ระยะทาง(ไป-กลับ)จากบ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัดสุราษฎร์ธานี ถึงสถานพยาบาลของรัฐ.....ระยะทาง.....กิโลเมตรเป็นเงิน.....บาท

ทั้งนี้ได้แนบเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินค่าเดินทางพร้อมรับรองความถูกต้องของสำเนา
มาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

- แบบคำขอรับการสงเคราะห์ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยที่ยากไร้ ๑ ฉบับ
 สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ สำเนาบัญชีธนาคารกรุงไทยหรือธนาคารอื่นๆ ของผู้ป่วย
ที่ยากไร้หรือผู้ดูแล ๑ ฉบับ

*(กรณีให้ออนค่าพาหนะเข้าบัญชีของผู้ดูแล ให้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดูแล ๑ ฉบับ)

- สำเนาบัตรประจำตัวผู้ป่วย / ใบนัดของสถานพยาบาลของรัฐ / หนังสือส่งตัวไปรักษาพยาบาลอื่น
(*อย่างใดอย่างหนึ่งแล้วแต่กรณี) ๑ ฉบับ

- สำเนาเอกสารอื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจสอบแล้ว
พบว่าข้อมูลส่วนใดส่วนหนึ่งไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ระงับการช่วยเหลือและคืนเงินค่าพาหนะ
เดินทางที่ได้รับตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้ดูแล
(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับเรื่อง
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับรองข้อมูล
(.....)

ตำแหน่ง.....(เจ้าหน้าที่อปท.)

ตำแหน่ง.....(ปลัดอปท.)

วันที่.....

วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตรวจสอบแล้ว เอกสารครบถ้วน เอกสารไม่ครบถ้วน เป็นผู้ยากไร้ ไม่ได้เป็นผู้ยากไร้
กรณี เป็นผู้ยากไร้ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ให้การสงเคราะห์แล้วเพียงพอ ให้การสงเคราะห์แล้ว ไม่เพียงพอ เห็นควร.....

ไม่ได้ให้การสงเคราะห์ เห็นควร.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ พมจ.สฎ.

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตรวจสอบแล้ว เอกสารครบถ้วน เอกสารไม่ครบถ้วน

เป็นผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ได้รับการสงเคราะห์ช่วยเหลือ

เป็นค่าเดินทางไปรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ เป็นครั้งที่ ครั้งที่ ๑ ครั้งที่ ๒ ครั้งที่ ๓

และได้รับการอนุมัติให้ความช่วยเหลือเป็นค่าเดินทางไปรักษาพยาบาลฯ เบิกจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

ครั้งที่.....เมื่อวันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ อบจ.สฎ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

สำหรับผู้ป่วยที่ยากไร้ของอบจ.สุราษฎร์ธานีหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ยากไร้ของอบจ.สุราษฎร์ธานี

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส./ด.ช./ด.ญ.....ได้รับคำพาหนะเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ จำนวนเงิน.....บาท โดยได้ออนเงินเข้าบัญชีชื่อ

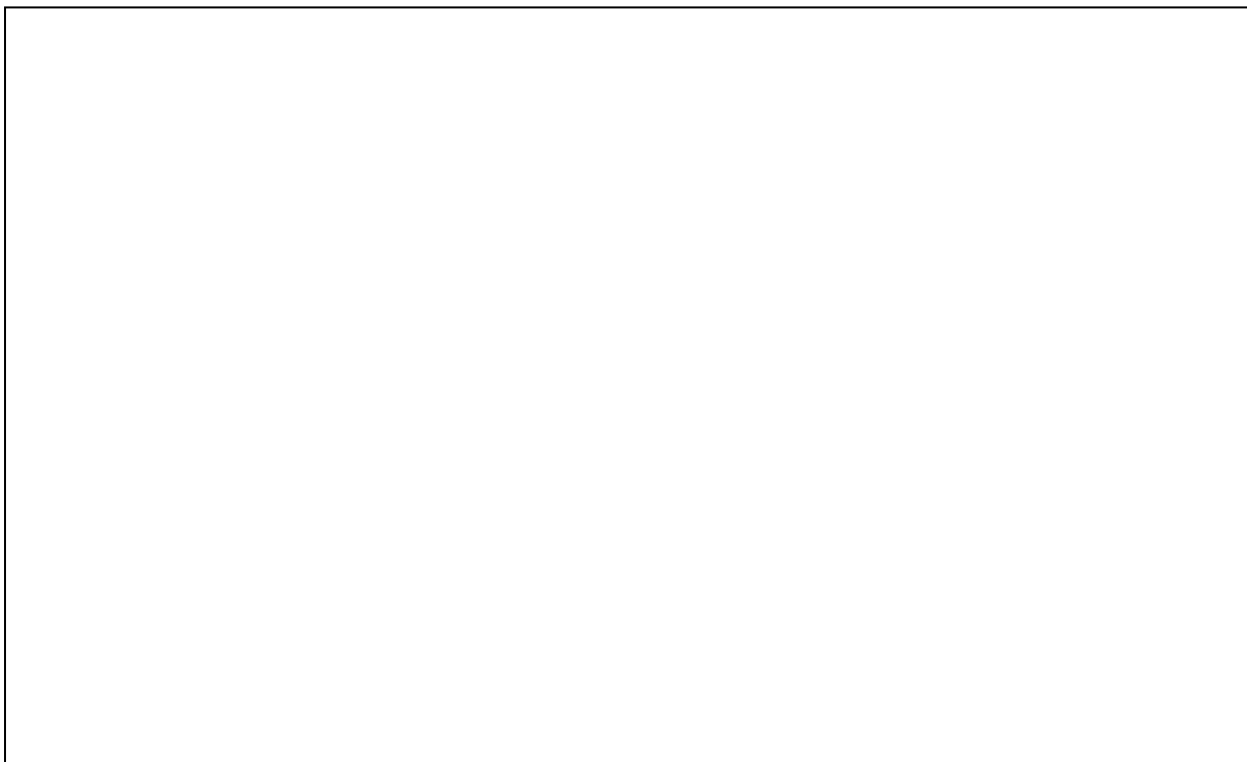
.....บัญชีเลขที่.....เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน(ผู้ป่วย/ผู้ดูแล)

(.....)

วันที่.....

แผนที่ตั้งบ้านของผู้ป่วยที่ยากไร้ฯ พอสังเขป



*คำนวณระยะทางจากเกณฑ์ของ Google Map เป็นหลัก

- หมายเหตุ** ๑. หากผู้ป่วยที่ยากไร้ไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ สามารถประทับลายนิ้วมือได้
๒. Down load แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ได้ที่ Web site ของ กองส่งเสริมคุณภาพชีวิต อบจ.สุราษฎร์ธานี <http://www.suratpao.go.th/qualityoflife/service/?cate=1> “หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี “
๓. ให้ **อปท.จัดทำหนังสือ นำส่งเอกสารข้างต้น** ไปยัง สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มการพัฒนาลังคมและสวัสดิการ โทร. ๐๗๗-๓๕๕๐๘๐-๑
๔. สอบถามเพิ่มเติม กองส่งเสริมคุณภาพชีวิต อบจ.สุราษฎร์ธานี โทร ๐๗๗-๙๕๓๑๒๓-๗ ต่อ ๕๑๔