

แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงราย

ในการขอรับค่าเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ

ข้าพเจ้าอายุ.....ปี สถานภาพ.....
 วัน เดือน ปี เกิด.....บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....
 อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
 อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 ข้าพเจ้าอาศัยในเขตพื้นที่ ทน./ทต./อบต.....ป่วยเป็นโรค.....
 สถานพยาบาลที่รักษา.....ความถี่ในการรักษา.....ครั้ง/เดือน/ปี

เป็นคนไข้ในพระราชานุเคราะห์ เป็นคนไข้ทั่วไป รายได้.....บาท/เดือน

ข้าพเจ้าเคยได้รับเงินสงเคราะห์จากหน่วยงานสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
 ปีงบประมาณ จำนวน.....ครั้ง/ปี จำนวนเงินครั้งละ.....บาท ซึ่งข้าพเจ้าได้นำเงินจำนวน
 ดังกล่าวไปใช้ในการเดินทางไปรักษาพยาบาล เป็นค่าใช้จ่ายดังนี้

- | | |
|--------------------------------|------------------|
| ๑. ค่าอาหาร | เป็นเงิน.....บาท |
| ๒. ค่าที่พัก | เป็นเงิน.....บาท |
| ๓. ค่ายานอกบัญชีหลัก | เป็นเงิน.....บาท |
| ๔. ค่าพาหนะ | เป็นเงิน.....บาท |
| ๕. ค่าใช้จ่ายซื้อสิ่งของจำเป็น | เป็นเงิน.....บาท |

และค่าใช้จ่ายในข้อ ๔ ไม่เพียงพอต่อการเดินทางไปรักษาพยาบาล ข้าพเจ้าจึงขอรับการสงเคราะห์ค่า
 พาหนะเดินทางจากที่พักเลขที่.....ถึงโรงพยาบาล
ดังนี้

๑. ค่าใช้จ่ายในการขึ้นรถประจำทาง

๑. ค่ารถรับจ้างโดยสารประจำทาง จากบ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....
 จังหวัดเชียงราย ถึงสถานีขนส่งอำเภอ.....จังหวัดเชียงราย (ไป-กลับ) ระยะทาง.....กม.
 เป็นเงิน.....บาท
๒. ค่ารถรับจ้างโดยสารประจำทาง จากสถานีขนส่งอำเภอ.....จังหวัดเชียงราย ถึงสถานีขนส่ง
 จังหวัดเชียงราย (ไป-กลับ) ระยะทาง.....กม. เป็นเงิน.....บาท
๓. ค่ารถรับจ้างประจำทาง จากสถานีขนส่งจังหวัดเชียงราย ถึงสถานีขนส่งจังหวัด.....
 (ไป-กลับ) ระยะทาง.....กม. เป็นเงิน.....บาท
๔. ค่ารถรับจ้างประจำทาง จากสถานีขนส่งจังหวัด.....ถึง โรงพยาบาล.....
 (ไป-กลับ) ระยะทาง.....กม. เป็นเงิน.....บาท

๒. ค่าใช้จ่ายในการจ้างเหมารถ

พาหนะที่ใช้ในการเดินทาง รถยนต์ รถกระบะ รถจักรยานยนต์ อื่นๆ ระบุ.....
 หมายเลขทะเบียนรถ.....ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลประมาณ.....กิโลเมตร
 ชื่อ-สกุลเจ้าของรถ/ผู้รับเหมารถ นาย/นาง/นางสาว.....
 บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....วัน เดือน ปี เกิด.....
 ระบุสาเหตุที่ไม่สามารถนั่งรถโดยสารประจำทางได้โดยละเอียด.....

แผนที่ตั้งบ้านข้าพเจ้าภายในหมู่บ้าน พอสังเขป



ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจสอบแล้วพบว่าข้อมูลส่วนใดส่วนหนึ่งไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ระงับการช่วยเหลือ และคืนเงินค่าพาหนะเดินทางที่ได้รับตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงราย ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินค่าพาหนะ พร้อมรับรองความถูกต้องของสำเนา มาพร้อมนี้ด้วย

- แบบบันทึกผู้ประสบปัญหาทางสังคม (แบบจากพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน ผู้ป่วย
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน ผู้ดูแล ผู้ปกครอง
- สำเนาใบนัดของสถานพยาบาล
- ใบรับรองแพทย์ กรณีต้องมีผู้ติดตาม/ดูแล
- สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาบัตรเจ้าของรถ และสำเนาคู่มีรถ
- ใบเสร็จรับเงินจากเจ้าของรถ
- สำเนาเอกสารอื่นๆ.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับการสงเคราะห์ ลงชื่อ.....ผู้ให้รับรอง
(.....) (.....)
ตำแหน่ง.....(ผอ.กอง/ปลัด)

ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....พยาน
(.....) (.....)
ตำแหน่ง..... ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ ๑.การขอรับการช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยที่ยากไร้ ดำเนินการขอรับการสงเคราะห์จากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ก่อน

ขั้นตอนการขอรับการสงเคราะห์ค่าเดินทางเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการของรัฐสำหรับผู้ป่วยที่
ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงราย
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย
ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐

