

แบบบันทึกข้อมูลขอรับบริการทางสังคม เพื่อขอรับการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยที่ยากไร้
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	เกี่ยวข้อง เป็น	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.....

- เพื่อรับการรักษาโรค
- | | | |
|--|---|----------------------------------|
| ☐ ฟกช้ำ/ฟกเลือด | ☐ มะเร็ง..... | ☐ เบาหวาน |
| ☐ โรคผิวหนัง | ☐ อื่น ๆ ระบุ..... | |

ความถี่ในการไปโรงพยาบาลตามที่แพทย์นัด ☐ สัปดาห์ละ.....ครั้ง ☐ เดือนละ.....ครั้ง ☐ ทุก ๆเดือน

☐ 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. ความเห็นของกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน

- ☐ เห็นควรช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ยื่นคำขอเป็นผู้ได้รับความเดือดร้อนจริง
- ☐ อื่น ๆ

ลงชื่อ.....กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน
(.....)

ตำแหน่ง.....

๑๐. ความเห็นของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- ☐ เห็นควรช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ยื่นคำขอเป็นผู้ได้รับความเดือดร้อนจริง
- ☐ อื่น ๆ

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

ตำแหน่ง.....

๑๑. ความเห็นของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

- ☐ เห็นควรช่วยเหลือเบื้องต้น
- ☐ ส่งต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพื่อช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล

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

๑๒. 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.....