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.....
วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../.....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 เลขประจำตัวประชาชน	เพศ	ว/ด/ป.เกิด	เกี่ยวข้องเป็น	การศึกษา	อาชีพ	รายได้ (บาท)	สุขภาพ
	ชื่อ .....-.....-.....-.....-.....							
	ชื่อ .....-.....-.....-.....-.....							
	ชื่อ .....-.....-.....-.....-.....							
	ชื่อ .....-.....-.....-.....-.....							
	ชื่อ .....-.....-.....-.....-.....							

รายได้เฉลี่ยของสมาชิกในครอบครัว.....บาท/ปี รายจ่ายเฉลี่ยสมาชิกในครอบครัว.....บาท/ปี
ภาระหนี้สิน ☐ ไม่มี ☐ มี ในระบบ จำนวน.....บาท นอกระบบ จำนวน.....บาท

๕. สภาพความเดือดร้อนของผู้ขอรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)
☐ เป็นโรคอันตรายร้ายแรง ☐ เจ็บป่วยเรื้อรัง ☐ ครอบแครัวแตกแยก ☐ 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. ความต้องการ.....

๖. **ความต้องการให้ช่วยเหลือ** (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

☐ เงินสงเคราะห์ครอบครัว ☐ เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ติดเชื้อเอดส์ ☐ เครื่องช่วยความพิการระบุ.....

☐ ส่งเข้ารับการรักษา/ทำกายภาพบำบัด ☐ เงินทุน/อุปกรณ์การศึกษา ☐ เงินทุนประกอบอาชีพ ☐ ที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน

☐ คำปรึกษา/แนะนำ ☐ ค่าเดินทางไปรักษาพยาบาล ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

๗. **ความช่วยเหลือของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด/องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลตำบล**

☐ เงินสงเคราะห์ครอบครัว ☐ เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ติดเชื้อเอดส์ ☐ เครื่องช่วยความพิการระบุ.....

☐ ส่งเข้ารับการรักษา/ทำกายภาพบำบัด ☐ เงินทุน/อุปกรณ์การศึกษา ☐ เงินทุนประกอบอาชีพ ☐ ที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน

☐ คำปรึกษา/แนะนำ ☐ ค่าเดินทางไปรักษาพยาบาล ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

๘. **กรณีขอรับความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าเดินทางไปรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล**.....

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. **ความเห็นของกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน**

☐ เห็นควรช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ยื่นคำขอเป็นผู้ได้รับความเดือดร้อนจริง

☐ อื่น ๆ .....

ลงชื่อ.....กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน

(.....)

ตำแหน่ง.....

๑๐. **ความเห็นของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น**

☐ เห็นควรช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ยื่นคำขอเป็นผู้ได้รับความเดือดร้อนจริง

☐ อื่น ๆ .....

ลงชื่อ.....ผู้สอบข้อเท็จจริง/วิเคราะห์ปัญหา

(.....)

ตำแหน่ง.....

/๑๑. ความเห็น.....

๑๑. ความเห็นของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

☐ เห็นควรช่วยเหลือเบื้องต้น

☐ ส่งต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพื่อช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้สอบข้อเท็จจริง/วิเคราะห์ปัญหา

(.....)

ตำแหน่ง.....

๑๒. มติของคณะกรรมการดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการส่งเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด 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

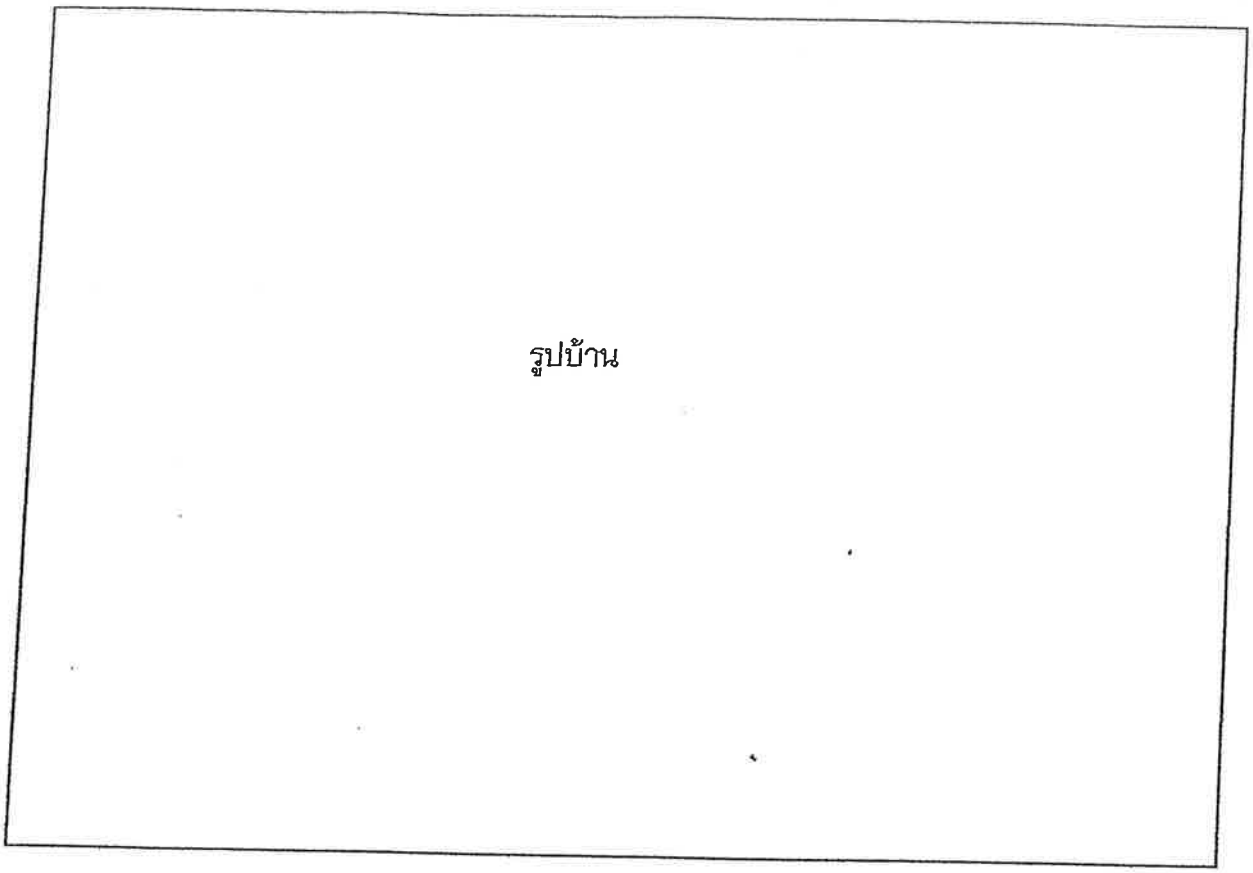
☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ

(.....)

ตำแหน่ง.....



ขอรับรองว่าเป็นรูปถ่ายบ้านพักอาศัย ของ นาย/ นาง / นางสาว.....
เลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัดชัยภูมิ
ได้อาศัยอยู่จริง

(ลงชื่อ)..... ผู้ยื่นคำร้อง/ผู้ร้องแทน
(.....)

(ลงชื่อ).....กำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน
(.....)
ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ).....ผู้สอบข้อเท็จจริง
(.....)
ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ : ผู้สอบข้อเท็จจริง หมายถึง นักพัฒนาชุมชน หรือ ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม/ ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข หรือ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล / ปลัดเทศบาลตำบล

แบบบันทึกข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมของผู้ป่วยที่ยากไร้

๑. ข้อมูลรายได้ในครอบครัว (ให้อธิบายว่า สมาชิกในครอบครัวมีรายได้กี่คน/ที่มาของรายได้/จำนวนเงินรายได้ต่อเดือน)

.....

.....

.....

๒. สภาพปัญหาความเดือดร้อน (อธิบายเหตุผลความจำเป็นที่ต้องยื่นคำร้องขอค่าพาหนะในการเดินทางไปเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๓. โรคและอาการเจ็บป่วย (ให้อธิบายรายละเอียดของโรคและอาการเจ็บป่วยโดยละเอียด เช่น ป่วยเป็นโรคอะไร/ระยะของโรคที่ป่วย/เข้ารับการรักษาในขั้นไหน/ได้รับการรักษาอย่างไร/แพทย์นัดครั้งต่อไปเพื่อทำอะไร)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๔. การเดินทางไปพบแพทย์ (ให้ระบุยานพาหนะที่ใช้ในการเดินทางไปพบแพทย์ เช่น รถยนต์/รถจักรยานยนต์ส่วนตัว/รถโดยสารประจำทาง/รถรับจ้าง/หรือ อื่นๆ)

.....

.....

๕. ผู้ให้ข้อมูล

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ป่วย/ผู้ร้องแทน

๖. ผู้บันทึกข้อมูล

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ อบต./เทศบาล