

สป.

กค.

กช.

ลงชื่อ.....

...../..... ที่ สฎ ๕๑๐๑๑/ ๑๓๖๓



ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านยาง

เลขที่รับ..... ๑๓๒๕

วันที่..... ๒๕ ก.ค. ๖๖

เวลา..... ๑๓.๐๐ น.

องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ถนนดอนนก อำเภอเมือง

จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๔๐๐๐ สำนักปลัด

เลขรับ..... ๑๑๑๕

วันที่..... ๒๖ ก.ค. ๖๖

๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖

เรื่อง การสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี กรณีใช้สิทธิครบสามครั้งต่อปี ๑๕-๐๐ น.
เรียน นายเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ทุกแห่ง

อ้างถึง ๑)ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐

๒)ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้
ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี รวมถึง (ฉบับที่ ๓) พ.ศ.๒๕๖๔ ลงวันที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๔
สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ จำนวน ๑ ชุด

ตามที่กระทรวงมหาดไทย ได้กำหนดให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด ให้การสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้ป่วย
ที่ยากไร้ เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของทางราชการ
และให้การสงเคราะห์ตามที่จ่ายจริง ไม่เกินครั้งละ ๒,๐๐๐ บาท/คน และไม่เกินสามครั้ง/คน/ปีงบประมาณ และองค์การ
บริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้ประกาศหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหาร
ส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี รายละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยคณะกรรมการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การ
บริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้มีมติเห็นชอบการสงเคราะห์เพิ่มเติม กรณีผู้ป่วยที่ยากไร้ ได้ขอใช้สิทธิการสงเคราะห์
ครบสามครั้งต่อปี ตามระเบียบที่กำหนดแล้ว แต่ยังมีคามจำเป็นที่จะต้องเข้ารับการรักษาต่อเนื่องเกินสามครั้งต่อปี
ให้ผู้ป่วยฯหรือผู้ดูแล แจ้งความประสงค์เป็นรายกรณี เสนอให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานีขอความเห็นชอบจาก
ผู้ว่าราชการจังหวัดสุราษฎร์ธานี ตามระเบียบฯ ต่อไป

ดังนั้น เพื่อให้การสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี
เป็นไปด้วยความเรียบร้อย องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี จึงขอความร่วมมือมายังท่านได้ดำเนินการ ดังนี้

๑.ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยที่ยากไร้ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยฯในเขตพื้นที่ของท่าน ได้ทราบการสงเคราะห์
เพิ่มเติมและรับทราบทั่วกัน

๒.ตรวจสอบข้อมูลของผู้ป่วยที่ยากไร้ ในเขตพื้นที่ ซึ่งได้รับการสงเคราะห์ครบสามครั้งแล้ว และยังมี
ความจำเป็นที่จะต้องเดินทางเข้ารับการรักษาพยาบาล และประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ค่าเดินทาง
เกินสามครั้ง ให้แจ้งความประสงค์เสนอให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี พิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

W

(นายพงษ์ศักดิ์ จำแก้ว)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

กองสวัสดิการสังคม

โทร.๐๗๗-๙๕๓๑๒๓-๗ ต่อ ๕๒๗,๕๑๔

โทรสาร ๐๗๗-๙๕๓-๑๒๓ ต่อ ๕๑๖,๕๓๗

“ยึดมั่นธรรมาภิบาล บริการเพื่อประชาชน”

แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ในการขอรับค่าเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ

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

ผู้ป่วยที่ยากไร้ฯ ได้รับเงินสงเคราะห์จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด
สุราษฎร์ธานี ซึ่งได้นำเงินจำนวนดังกล่าวไปเป็นค่าใช้จ่ายและไม่เพียงพอ จึงขอรับการสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการ
เดินทางไปรักษาพยาบาล ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้
ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังนี้

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

- แบบคำขอรับการสงเคราะห์ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยที่ยากไร้ฯ ๑ ฉบับ
 สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ สำเนาบัญชีธนาคารกรุงไทย หรือ ธ.ก.ส.หรือธนาคารอื่นๆ
ของผู้ป่วยที่ยากไร้ฯหรือผู้ดูแล ๑ ฉบับ

*(กรณีให้โอนค่าพาหนะเข้าบัญชีของผู้ดูแล ให้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดูแล ๑ ฉบับ)

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจสอบแล้วพบว่าข้อมูล
ส่วนใดส่วนหนึ่งไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ระงับการช่วยเหลือและคืนเงินค่าพาหนะเดินทางที่ได้รับตาม
ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้ดูแล
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับเรื่อง
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับรองข้อมูล
(.....)

ตำแหน่ง.....(เจ้าหน้าที่อุปท.)

ตำแหน่ง.....(ปลัดอุปท.)

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

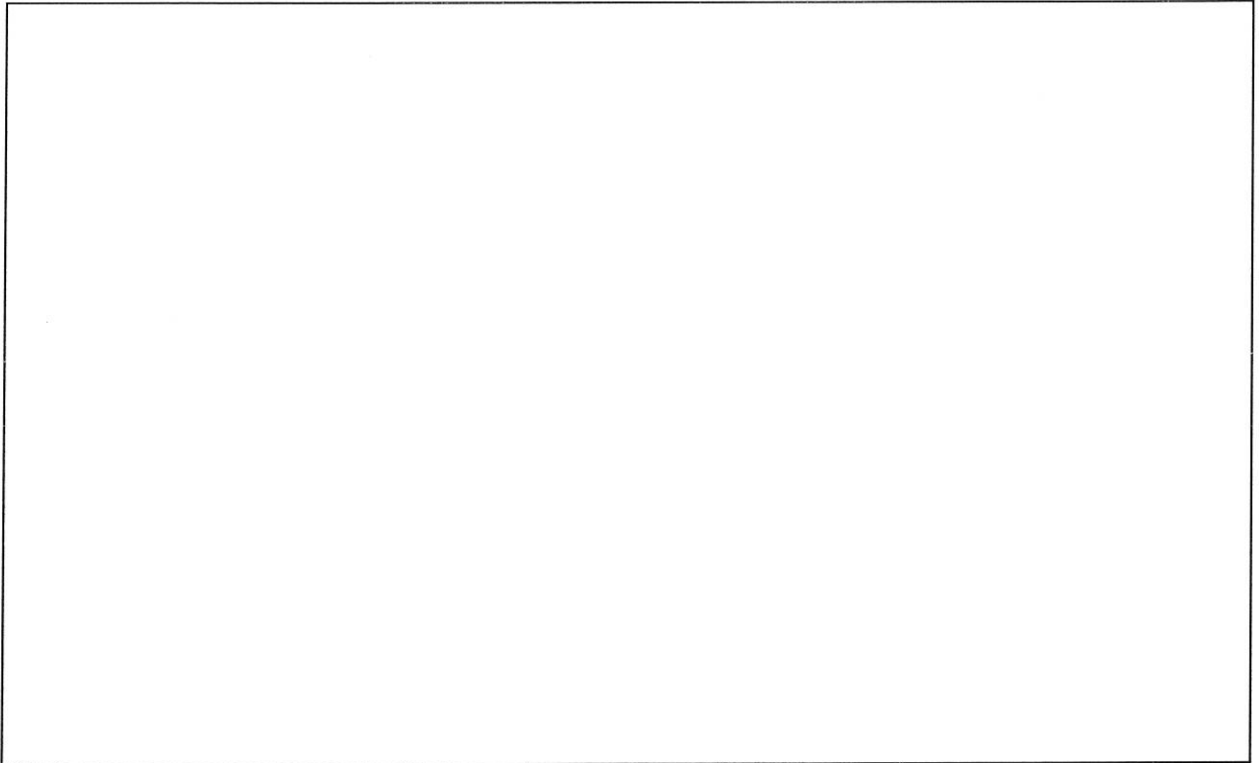
ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส./ด.ช./ด.ญ.....ได้รับคำพาหนะเพื่อเข้ารับ
การรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ จำนวนเงิน.....บาท โดยได้โอนเงินเข้าบัญชี
ชื่อ.....บัญชีธนาคาร.....เลขที่.....เรียบร้อยแล้ว

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

(.....)

วันที่.....

แผนที่ตั้งบ้านของผู้ป่วยที่ยากไร้ฯ พอสังเขป



หมายเหตุ ๑. หากผู้ป่วยที่ยากไร้ฯ ไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ สามารถประทับลายนิ้วหัวแม่มือขวาได้ และให้เจ้าหน้าที่รับรองมาด้วย

๒. ให้คำนวณระยะทางไป-กลับจากที่พักอาศัยตามภูมิลำเนาไปยังสถานพยาบาลของรัฐ ตามเส้นทางของ กรมทางหลวง หรือ Google Map

๓. ให้ อปท. จัดส่งแบบขอรับการสงเคราะห์ฯ และเอกสารอื่นๆ ไปยัง สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มการพัฒนาสังคมและสวัสดิการ โทร. ๐๗๗-๓๕๕๐๘๐-๑

๔. สอบถามเพิ่มเติม กองสวัสดิการสังคม อบจ.สุราษฎร์ธานี โทร ๐๗๕-๔๔๙๔๙๙๘

ขั้นตอนการดำเนินการการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐

