



ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลป่าขาด

เรื่อง รับลงทะเบียนขอรับการช่วยเหลือของประชาชนกรณีการรับส่งผู้ป่วยไปสถานพยาบาล

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๖ ข้อ ๑๓ การให้ความช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต นอกจากกรณีการช่วยเหลือด้านสาธารณสุขฉุกเฉิน ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศให้ประชาชนที่ประสงค์จะขอรับการช่วยเหลือยื่นลงทะเบียนเพื่อขอรับการช่วยเหลือ ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเสนอคณะกรรมการตามข้อ ๑๓ ประกอบหนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๐๘.๒/ว๕๙๑๑ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้รถเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๐๘.๒/ว๗๕๐๘ ลงวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๑ เรื่อง หลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้รถเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ดังนั้น เพื่อช่วยเหลือประชาชน กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปสถานพยาบาล เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนด องค์การบริหารส่วนตำบลป่าขาด จึงประกาศรับลงทะเบียนผู้ขอรับการช่วยเหลือ กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปสถานพยาบาล ตามแบบลงทะเบียนขอรับการช่วยเหลือของประชาชน (แนบท้ายประกาศฯ) โดยกำหนดมาตรการ คุณสมบัติ และหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๑.การช่วยเหลือ เป็นการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลของรัฐ

๒.คุณสมบัติของผู้มีสิทธิลงทะเบียนขอรับการช่วยเหลือ

๒.๑ มีสัญชาติไทย

๒.๒ เป็นผู้มิใช่ทะเบียนบ้านอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลป่าขาด

๒.๓ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับความเดือดร้อนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำรงชีพ ดังนี้

(๑) เป็นผู้ป่วยติดเตียง

(๒) เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

(๓) เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล

(๔) เป็นผู้ป่วยยากไร้

(๕) เป็นผู้ป่วยไร้ที่พึ่ง

(๖) เป็นผู้ป่วยพิการ

๓.กรณีอื่น ๆ นอกเหนือจากนี้ให้อยู่ในการพิจารณาของคณะกรรมการช่วยเหลือประชาชนขององค์การบริหารส่วนตำบลป่าขาด

๔. ขั้นตอนการยื่นคำขอรับความช่วยเหลือ

๔.๑ ผู้ขอรับการช่วยเหลือสามารถยื่นลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือด้วยตนเองหรือผู้แทน ณ สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลป่าขาด ตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป ในวันและเวลาราชการ

๔.๒ สามารถติดต่อขอรับแบบลงทะเบียนได้ ณ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลป่าขาด

๕. เอกสารที่ต้องใช้ในการลงทะเบียน

๕.๑ สำเนาบัตรประชาชนของผู้ป่วย

๕.๒ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย

๕.๓ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ป่วย

๕.๔ สำเนาบัตรประชาชนของผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย

ทั้งนี้ ผู้ที่ลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือดังกล่าว จะได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการช่วยเหลือประชาชนขององค์การบริหารส่วนตำบลป่าขาด และจะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการพิจารณาให้ความช่วยเหลือต่อไป

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๓ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๘.

(ลงชื่อ)



(นายเอกวัฒน์ ตั้งคะมณี)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลป่าขาด

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน

(กรณีร้องขอด้วยตนเอง)

องค์การบริหารส่วนตำบลป่าขาด อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

มีรายได้.....บาท/ต่อปี หมายเลขประจำตัวประชาชน.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....เบอร์ติดต่อ.....

มีความประสงค์ขอให้ องค์การบริหารส่วนตำบลป่าขาด ดำเนินการช่วยเหลือ ดังนี้

๑.ประเภทการช่วยเหลือ

- ๑.๑ ด้านสาธารณสุข (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น).....
- ๑.๒ ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น).....
- ๑.๓ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น).....
- ๑.๔ ด้านอื่น ๆ ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น).....

๒.ข้าพเจ้าจึงขอความช่วยเหลือ (ระบุความต้องการ/สิ่งที่ขอความช่วยเหลือ)

.....

.....

.....

๓.ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาแล้ว จำนวน.....ฉบับ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน เอกสารอื่น ๆ

๔.ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่.....

ขอรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

เป็นผู้มีรายได้น้อยและประสบภัยดังกล่าวจริง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

(.....)

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน

(กรณีร้องขอด้วยผู้แทน)

องค์การบริหารส่วนตำบลป่าขาด อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

หมายเลขประจำตัวประชาชน.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....เบอร์ติดต่อ.....

มีความประสงค์ให้ องค์การบริหารส่วนตำบลป่าขาด ดำเนินการช่วยเหลือ.....(ผู้รับการช่วยเหลือ).....ดังนี้

๑.ประเภทการช่วยเหลือ

- ๑.๑ ด้านสาธารณสุข (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น).....
- ๑.๒ ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น).....
- ๑.๓ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น).....
- ๑.๔ ด้านอื่น ๆ ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น).....

๒.ข้าพเจ้าจึงขอความช่วยเหลือ (ระบุความต้องการ/สิ่งที่ขอความช่วยเหลือ)

.....

.....

.....

๓.ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาด้วยแล้ว จำนวน.....ฉบับ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน เอกสารอื่น ๆ

๔.ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่.....

ขอรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

เป็นผู้มีรายได้น้อยและประสบภัยดังกล่าวจริง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

(.....)