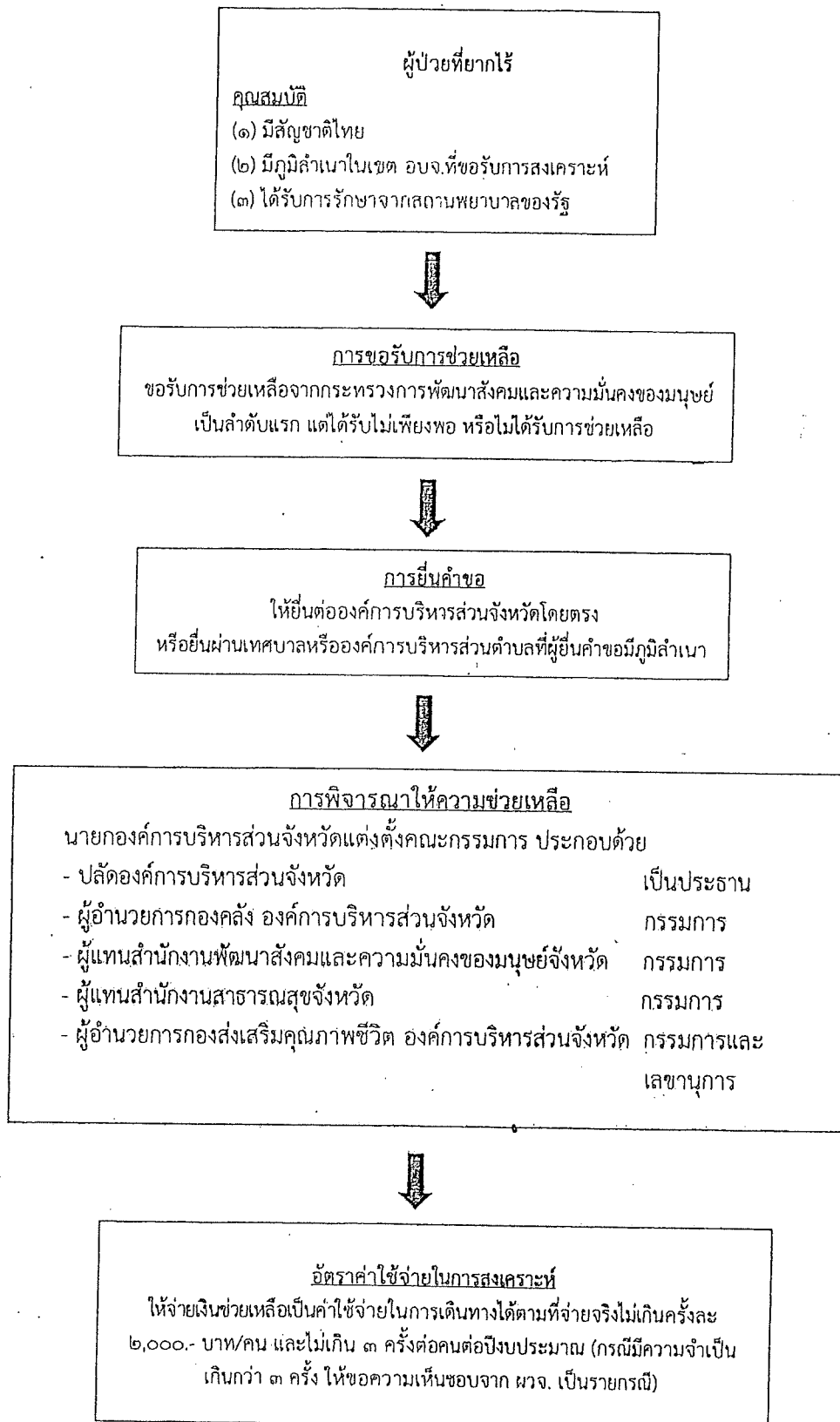


หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย
ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐



ขั้นตอนการดำเนินการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย
ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐

ผู้ป่วยที่ยากไร้

คุณสมบัติ

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่จังหวัดนนทบุรี
- (๓) ได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลของรัฐ

ขอรับแบบคำขอ ที่ กองส่งเสริมคุณภาพชีวิต อบจ.นนทบุรี (แห่งที่ ๒)
หรือเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ในพื้นที่ของผู้ป่วย

ประกอบด้วย

๑. แบบขอรับบริการทางสังคม และแบบบันทึกข้อมูลผู้ประสบปัญหาทางสังคม
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย และสำเนาทะเบียนบ้านผู้ป่วย (อย่างละ ๑ ฉบับ)
๓. กรณีผู้ยื่นคำขอยื่นแทนผู้ป่วย ต้องแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน (อย่างละ ๑ ฉบับ)
๔. สำเนาบัตรประจำตัวผู้ป่วย สถานพยาบาลของรัฐ (จำนวน ๑ ฉบับ)
๕. สำเนาเอกสารพบแพทย์มาแล้ว/วันที่ไปรักษา ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ ถึง ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๑ (จำนวน ๑ ฉบับ)
๖. รายละเอียดการเดินทางไป-กลับในการรักษาพยาบาล (ตามสภาพความเหมาะสมและจ่ายจริง)

การยื่นคำขอ

๑. ยื่นคำขอรับการช่วยเหลือ ที่ อบจ.นนทบุรี โดยตรง หรือยื่นผ่านเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ในพื้นที่ของผู้ป่วย
๒. อบจ.นนทบุรี เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล รับคำขอรับการสงเคราะห์พร้อมตรวจสอบคุณสมบัติผู้ป่วยที่ยากไร้
๓. ส่งคำขอรับการสงเคราะห์ไปยังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรี

การพิจารณาให้ความช่วยเหลือ

๑. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรี ตรวจสอบข้อมูล และพิจารณาให้ความช่วยเหลือแล้ว แต่ไม่เพียงพอ หรือไม่ได้รับการสงเคราะห์ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรี ส่งขอรับการสงเคราะห์มายังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรีเพื่อขอรับการช่วยเหลือ
๒. อบจ.นนทบุรี จัดประชุมคณะกรรมการพิจารณาให้ความช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ และแจ้งผู้ป่วยที่ผ่านการคัดเลือกตามหลักเกณฑ์ของระเบียบต่อไป

อัตราค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์

จ่ายเงินช่วยเหลือเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางได้ตามที่จ่ายจริง

ไม่เกินครั้งละ ๒,๐๐๐.-บาทต่อคน และไม่เกิน ๓ ครั้งต่อคน ต่อปีงบประมาณ

กรณีมีความจำเป็นเกินกว่า ๓ ครั้ง ให้ขอความเห็นชอบจาก ผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี เป็นรายการ

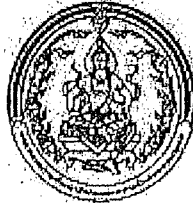
เอกสารประกอบในการยื่นคำขอการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย

ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐

๑. แบบขอรับบริการทางสังคม และแบบบันทึกข้อมูลผู้ประสบปัญหาทางสังคม
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย และสำเนาทะเบียนบ้านผู้ป่วย (อย่างละ ๑ ฉบับ)
๓. กรณีผู้ยื่นคำขอยื่นแทนผู้ป่วย ต้องแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน (อย่างละ ๑ ฉบับ)
๔. สำเนาบัตรประจำตัวผู้ป่วย สถานพยาบาลของรัฐ (จำนวน ๑ ฉบับ)
๕. สำเนาเอกสารพบแพทย์มาแล้ววันที่ไปรักษา ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ ถึง ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๑ (จำนวน ๑ ฉบับ)
๖. รายละเอียดการเดินทางไป-กลับในการรักษาพยาบาล (ตามสภาพความเหมาะสมและจ่ายจริง)

#หมายเหตุ#

- ➔ ผู้ป่วยที่ยากไร้ ต้องมีทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่จังหวัดนนทบุรีเท่านั้น ✍
- ➔ เอกสารต้องบันทึกข้อมูลอย่างละเอียด ชัดเจนและครบถ้วนสมบูรณ์ ✍
- ➔ เอกสารตั้งแต่ ลำดับที่ ๒ - ๕ ต้องสำเนาถูกต้อง ✍
- ➔ มีหมายเลขโทรศัพท์ให้เจ้าหน้าที่สามารถติดต่อกลับได้ ✍
- ➔ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี ให้การสงเคราะห์ได้ตามที่จ่ายจริง ไม่เกิน ๓ ครั้ง ต่อปีงบประมาณ กรณีมีความจำเป็นเกินกว่า ๓ ครั้ง ให้ขอความเห็นชอบจาก ผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี เป็นรายการกรณี ✍
- ➔ กรณีผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยโรคไตต้องเข้ารับ การฟอกไตเป็นประจำ ต้องแนบรายละเอียดการพบแพทย์ล้างไตทุกสัปดาห์ด้วย ✍



แบบขอรับบริการทางสังคม

ข้อมูลผู้แจ้งแทน เป็นคนเดียวเท่ากับผู้ขอรับบริการ

คำนำหน้าชื่อ (ค.ช. / ค.ญ. / นาย / นาง / นางสาว) ชื่อ _____ นามสกุล _____
 เลขที่บัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□□
 บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก _____ ซอย _____
 ถนน _____ ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____
 จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
 เบอร์โทรศัพท์ _____ เบอร์ต้อ _____ เบอร์โทรสาร _____ ความเกี่ยวข้องเป็น _____

ข้อมูลครอบครัวผู้ประสบปัญหาความเดือดร้อน

สมาชิกในครอบครัว

คำนำหน้าชื่อ	ชื่อ - นามสกุล เลขที่บัตรประชาชน	วันเดือนปีเกิด	เพศ	เกี่ยวข้องเป็น	อาชีพ	รายได้ต่อเดือน	สุขภาพ
	□-□□□□-□□□□□□-□□-□□		<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง				
	□-□□□□-□□□□□□-□□-□□		<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง				
	□-□□□□-□□□□□□-□□-□□		<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง				
	□-□□□□-□□□□□□-□□-□□		<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง				

หนี้สินในระบบ บาท หนี้สินนอกระบบ บาท รายจ่ายเฉลี่ยของครอบครัว บาทต่อเดือน

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับความช่วยเหลือ /

ผู้ยื่นคำร้องแทน

แบบเลขที่ วันที่ Walk in / ออกหน่วยเคลื่อนที่ สำรวจ
ชื่อ-นามสกุล ผู้สำรวจ/สอบข้อเท็จจริง ตำแหน่ง

(สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ : ๐๑ ยากจน)



แบบบันทึกข้อมูลผู้ประสบปัญหาทางสังคม

ประวัติบุคคล

คำนำหน้าชื่อ (ต.ช. / ต.ญ. / นาย / นาง / นางสาว) ชื่อ นามสกุล

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ---- กรณีไม่มีเนื่องจาก

วัน/เดือน/ปีเกิด/...../..... เพศ ชาย หญิง เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา

สถานภาพ โสด สมรสอยู่ด้วยกัน สมรสแยกกันอยู่ หย่าร้าง ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

ชื่อสถานที่ รหัสประจำบ้าน

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก ซอย

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

เบอร์โทรศัพท์ เบอร์ต่อ โทรสาร

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านตนเอง อาศัยผู้อื่นอยู่ บ้านเช่า อยู่กับผู้จ้าง ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง

ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

ชื่อสถานที่ รหัสประจำบ้าน

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก ซอย

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

เบอร์โทรศัพท์ เบอร์ต่อ โทรสาร

ระดับการศึกษา

ไม่ได้รับการศึกษา/ไม่จบชั้นประถมศึกษาตอนต้น ประถมศึกษาตอนต้น ประถมศึกษาตอนปลาย

มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช.

ปวส./อนุปริญญา ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี

อาชีพ

ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน นักเรียน/นักศึกษา ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ภิกษุ/สามเณร/แม่ชี เกษตรกร (ทำไร่/นา/สวน/สัตว์เลี้ยง/ประมง)

รับจ้าง ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท อื่นๆ ระบุ

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บาท ที่มาของรายได้ ด้วยตนเอง ผู้อื่นให้

สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ : ๐๑ ความยากจน เลือกตอบได้ (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ๒๑๐๑ ไม่มีคนอุปการะ | <input type="checkbox"/> ๒๑๐๒ ขอดทาน | <input type="checkbox"/> ๒๑๐๕ เร่ร่อน ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง |
| <input type="checkbox"/> ๒๑๐๖ ไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร | <input type="checkbox"/> ๒๑๐๗ ไม่มีทุนประกอบอาชีพ | <input type="checkbox"/> ๒๑๐๘ รายได้มีเพียงพอต่อการครองชีพ |
| <input type="checkbox"/> ๒๑๐๙ ไม่มีงานทำ | <input type="checkbox"/> ๒๑๑๐ ถูกเลิกจ้าง/ถูกนายจ้างเอาเปรียบ | <input type="checkbox"/> ๒๑๑๑ มีหนี้สิน |
| <input type="checkbox"/> ๒๑๑๒ ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน | <input type="checkbox"/> ๒๑๑๓ ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง | <input type="checkbox"/> ๒๑๑๔ ไม่มีทุนการศึกษา |
| <input type="checkbox"/> ๒๑๑๕ ไม่ได้รับการศึกษาตามเกณฑ์ | <input type="checkbox"/> ๒๑๑๖ ขาดโอกาสการศึกษา | <input type="checkbox"/> ๒๑๑๗ เป็นหัวหน้าครอบครัวยากจน |
| <input type="checkbox"/> ๒๑๑๘ มีบุตรมาก | <input type="checkbox"/> ๒๑๑๙ ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้ | <input type="checkbox"/> ๒๑๑๙ เด็กอยู่ในครอบครัวยากจน |
| <input type="checkbox"/> ๒๑๓๑ ครอบครัวแตกแยก | <input type="checkbox"/> ๒๑๓๓ ตั้งครรภ์นอกสมรส | <input type="checkbox"/> ๒๑๓๔ เลี้ยงดูไม่เหมาะสม |
| <input type="checkbox"/> ๒๑๓๖ ครอบครัวมีภาระเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (อาทิ เด็ก คนพิการ ผู้ติดเชื่อเฮดส์ ผู้ติดยาเสพติด) | | |
| <input type="checkbox"/> ๒๑๓๗ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลไม่สามารถอุปการะเลี้ยงดูได้ | <input type="checkbox"/> ๒๑๓๘ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม | |
| <input type="checkbox"/> ๒๑๓๙ ได้รับผลกระทบจากการที่คนในครอบครัวต้องโทษจำคุก | <input type="checkbox"/> ๒๑๔๐ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชีวิตประจำวัน | |
| <input type="checkbox"/> ๒๑๔๑ เคยต้องโทษและประสบปัญหาการใช้ชีวิตในสังคม | <input type="checkbox"/> ๒๑๔๓ ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ | |
| <input type="checkbox"/> ๒๑๔๖ ป่วยเป็นโรคร้ายแรง/เจ็บป่วยเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> ๒๑๔๔ ติดยาเสพติด | <input type="checkbox"/> ๒๑๕๐ หลงลืมขราภาพ |
| <input type="checkbox"/> ๒๑๕๑ ขาดเงินจัดการศพผู้สูงอายุ | <input type="checkbox"/> ๒๑๕๔ ไม่มีค่าพาหนะเดินทางกลับภูมิลำเนา | <input type="checkbox"/> ๒๑๕๕ พันโท |

ความช่วยเหลือที่ต้องการ และ ผลการให้ความช่วยเหลือ

<p>ความช่วยเหลือที่ต้องการ</p> <p><u>ด้านการเงิน</u></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><u>ด้านสิ่งของ</u></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><u>ด้านอื่นๆ</u></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>ผลการให้ความช่วยเหลือ</p> <p><u>ด้านการเงิน</u></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><u>ด้านสิ่งของ</u></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><u>ด้านอื่นๆ</u></p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>ข้อมูลผู้ยื่นคำร้องแทน</p> <p>ชื่อ - นามสกุล</p> <p>ที่อยู่</p> <p>เกี่ยวข้องกับ</p> <p>เบอร์โทรศัพท์</p>	<p>ลงชื่อ</p> <p style="text-align: right;">ผู้ขอรับความช่วยเหลือ/ ผู้ยื่นคำร้องแทน</p>

การตรวจเยี่ยม

ตรวจเยี่ยมบ้านวันที่ ชื่อ-นามสกุลเจ้าหน้าที่ ตำแหน่ง

หน่วยงาน

สถานที่พักอาศัย

สภาพปัญหาความเดือดร้อน

ความคิดเห็นของนักสังคมสงเคราะห์

ลงชื่อ ผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ
(.....)

-ตัวอย่าง-

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน

หมวดรายจ่าย	รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
งบกลาง ประเภท รายจ่ายตามข้อผูกพัน โครงการสงเคราะห์ ผู้ป่วยยากไร้ สงเคราะห์ผู้ป่วย ที่ยากไร้ของ องค์การบริหาร ส่วนจังหวัดนนทบุรี	วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ เวลา ๐๗.๐๐ น. - ออกเดินจากที่พัก ณ ๒๔๖/๗ หมู่บ้านเอื้ออาทร ๒ ตึก ๔๖ ชั้น ๑ ตำบลบางบัวทอง อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี โดยสารด้วยรถจักรยานยนต์ รับจ้าง ถึงตลาดหมู่บ้านบัวทองเคหะ นนทบุรี คิดค่าโดยสาร ๒๐ บาท โดยสารด้วยรถตู้รับจ้างประจำทางถึงพาด้า ปิ่นเกล้า กรุงเทพมหานคร คิดค่าโดยสาร ๓๐ บาท และ โดยสารด้วยรถแท็กซี่รับจ้างถึงโรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานคร คิดค่าโดยสาร ๑๒๕ บาท	๑๘๕.-	
	วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ เวลา ๑๕.๐๐ น. - ออกเดินกลับจากโรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานคร โดยสารรถแท็กซี่รับจ้างถึงพาด้าปิ่นเกล้า กรุงเทพมหานคร คิดค่าโดยสาร ๑๒๕ บาท โดยสารด้วย รถตู้ประจำทางถึงตลาดหมู่บ้านบัวทองเคหะ นนทบุรี คิดค่าโดยสาร ๓๐ บาท และโดยสารด้วยรถจักรยานยนต์ รับจ้างถึงที่พัก ณ ๒๔๖/๗ หมู่บ้านเอื้ออาทร ๒ ตึก ๔๖ ชั้น ๑ ตำบลบางบัวทอง อำเภอบางบัวทอง จังหวัด นนทบุรี คิดค่าโดยสาร ๒๐ บาท	๑๘๕.-	
	รวมเป็นเงิน	๓๗๐.-	

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (ตัวอักษร) (-สามร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน-)

ข้าพเจ้า นายอยู่ดี มีสุข ขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับได้
และข้าพเจ้าทรงจ่ายเงินไปในการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐเป็นความจริง
ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก

(นายอยู่ดี มีสุข)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ..... พยาน

()

ลงชื่อ..... พยาน

()

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน

หมวดรายจ่าย	รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
	รวมเป็นเงิน		

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (ตัวอักษร))

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับได้ และข้าพเจ้าทตรงจ่ายเงินไปในการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก

ลงชื่อ..... พยาน

()

()

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ..... พยาน

()