



ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลเขาขาว
เรื่อง การลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือ กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๖ ข้อ ๑๓ กำหนดให้ การให้ความช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต นอกจากกรณีการช่วยเหลือด้านสาธารณสุขภัยฉุกเฉิน ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศให้ประชาชนที่ประสงค์ขอรับความช่วยเหลือ ยื่นลงทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อเสนอคณะกรรมการตามข้อ ๙ ประกอบกับหนังสือกระทรวงมหาดไทยด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๐๘.๒/ว๗๕๐๘ ลงวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๗ ได้แจ้งหลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้รถเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ได้อย่างถูกต้องภายใต้กฎหมาย ระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเป็นไปในทางเดียวกัน โดยการจัดการบริการสาธารณสุขเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในกรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจดำเนินการได้ตามหลักเกณฑ์และวิธีการ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับความช่วยเหลือจะต้องเป็นผู้ที่ได้ลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๖ นั้น

ดังนั้น เพื่อเป็นการให้ความช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต ในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลเขาขาว เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด จึงประกาศรับลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล ตามแบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน (แนบท้ายประกาศฯ) โดยกำหนดมาตรการ คุณสมบัติและหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๑. การช่วยเหลือ เป็นการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลของรัฐ
๒. คุณสมบัติผู้มีสิทธิลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือ
 - ๒.๑ มีสัญชาติไทย
 - ๒.๒ เป็นผู้ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลเขาขาว
 - ๒.๓ เป็นผู้ผู้ป่วยที่ได้รับความเดือดร้อนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำรงชีพ ดังนี้
 - (๑) เป็นผู้ป่วยติดเตียง
 - (๒) เป็นผู้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
 - (๓) เป็นผู้ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล
 - (๔) เป็นผู้ผู้ป่วยยากไร้
 - (๕) เป็นผู้ผู้ป่วยไร้ที่พึ่ง
 - (๖) เป็นผู้ผู้ป่วยคนพิการ
 - (๗) กรณีอื่นๆ นอกเหนือจาก (๑) - (๖) ให้อยู่ในการพิจารณาของคณะกรรมการช่วยเหลือประชาชนขององค์การบริหารส่วนตำบลเขาขาว

๓. ขั้นตอนการยื่นคำขอรับความช่วยเหลือ

๓.๑ ประชาชนที่มีคุณสมบัติตามข้อ ๒ สามารถยื่นลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือด้วยตนเองหรือผู้แทน ณ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลเขาขาว ตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป ถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๘ ในวันและเวลาราชการ

๓.๒ ท่านสามารถติดต่อขอรับแบบลงทะเบียนได้ ณ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลเขาขาว และทางเว็บไซต์องค์การบริหารส่วนตำบลเขาขาว www.khaokhaw.go.th

๔. เอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียน

- ๔.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย
- ๔.๒ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย
- ๔.๓ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ป่วย
- ๔.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย

ทั้งนี้ ผู้ที่ลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือดังกล่าว จะได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการให้ความช่วยเหลือประชาชนองค์การบริหารส่วนตำบลเขาขาว และจะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการพิจารณาให้ความช่วยเหลือต่อไป

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(ลงชื่อ).....



(นายวรวิทย์ ปาละสัน)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเขาขาว

คำขอเลขที่...../.....
(เจ้าหน้าที่กรอก)

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล
องค์การบริหารส่วนตำบลเขาขาว อำเภอละงู จังหวัดสตูล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลผู้ป่วยที่ขอรับความช่วยเหลือ

๑. ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....

๒. เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□

๓. วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี หมายเลขโทรศัพท์.....

๔. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านตนเอง บ้านเช่า อาศัยอยู่กับญาติ ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง
 อื่นๆ ระบุ..

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบลเขาขาว อำเภอละงู จังหวัดสตูล

๕. สถานภาพ โสด สมรสอยู่ด้วยกัน สมรสแยกกันอยู่ หย่าร้าง หม้าย(คู่สมรสเสียชีวิต)

๖. ป่วยเป็นโรค.....

อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

๗. ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อยู่อาศัยร่วมกันจริงในปัจจุบัน)

๗.๑ ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....อายุ.....ปี

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ประกอบอาชีพ.....

รายได้.....บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์.....

๗.๒ ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....อายุ.....ปี

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ประกอบอาชีพ.....

รายได้.....บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์.....

๗.๓ ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....อายุ.....ปี

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ประกอบอาชีพ.....

รายได้.....บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์.....

๗.๔ ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....อายุ.....ปี

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ประกอบอาชีพ.....

รายได้.....บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์.....

