



## ประกาศเทศบาลตำบลแม่คำ

เรื่อง การลงทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือ กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล

\*\*\*\*\*

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ หมวด ๔ ข้อ ๑๓ การให้ความช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต นอกจากกรณีการช่วยเหลือด้านสาธารณสุขภัยฉุกเฉิน ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศให้ประชาชนที่ประสงค์จะขอรับความช่วยเหลือ ยื่นลงทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเสนอคณะกรรมการ ประกอบกับหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ด่วนที่สุด ที่ มท๐๘๐๘.๒/ว ๓๓๖๒ ลงวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๑ ได้แจ้งการชักซ้อมแนวทางการปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการใช้รถยนต์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ เพื่อให้การดำเนินการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องดังกล่าวเป็นไปด้วยความถูกต้อง และประกอบหนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๐๘.๒/ว ๓๕๐๘ ลงวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๑ ได้แจ้งหลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้รถเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้อย่างถูกต้องภายใต้กฎหมาย ระเบียบ ที่เกี่ยวข้อง และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยการจัดบริการสาธารณะเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในกรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจดำเนินการได้ตามหลักเกณฑ์และวิธีการ ซึ่งประชาชนที่ประสงค์จะขอรับการช่วยเหลือ ต้องยื่นลงทะเบียนเพื่อขอรับการช่วยเหลือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเสนอคณะกรรมการช่วยเหลือประชาชนของเทศบาลตำบลแม่คำ

ดังนั้นเพื่อเป็นการให้ความช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลแม่คำเป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด จึงประกาศรับลงทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือ กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล ตามแบบลงทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือ กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล (แนบท้ายประกาศฯ) โดยกำหนดมาตรการ คุณสมบัติ และหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๑. การช่วยเหลือ เป็นการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลของรัฐ
๒. คุณสมบัติผู้มีสิทธิลงทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือ
  - ๒.๑ มีสัญชาติไทย
  - ๒.๒ เป็นผู้มิใช่อยู่ในทะเบียนบ้านในเขตเทศบาลตำบลแม่คำ
  - ๒.๓ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับความเดือดร้อนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำรงชีพดังนี้
    - (๑) เป็นผู้ป่วยติดเตียง
    - (๒) เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำรงชีพ
    - (๓) เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล
    - (๔) เป็นผู้ป่วยยากไร้
    - (๕) เป็นผู้ป่วยไร้ที่พึ่ง

(๖) เป็นผู้ป่วยคนพิการ

(๗) เป็นผู้ป่วยที่มีความเดือดร้อนด้านอื่นๆ

๓. ขั้นตอนการยื่นขอรับความช่วยเหลือ

๓.๑ ประชาชนที่มีคุณสมบัติตามข้อ ๒ สามารถยื่นลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือด้วยตนเองหรือผู้แทน ณ งานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย สำนักปลัด เทศบาลตำบลแม่คำ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป ถึงวันที่ ๗ กันยายน ๒๕๖๖ ในวันและเวลาราชการ

๓.๒ ท่านสามารถติดต่อขอรับแบบลงทะเบียนได้ ณ งานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย สำนักปลัด เทศบาลตำบลแม่คำ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย และทางเว็บไซต์เทศบาลตำบลแม่คำ [www.tessabanmaekham.go.th](http://www.tessabanmaekham.go.th)

๔. เอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียน

๔.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย

๔.๒ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย

๔.๓ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ป่วย (ถ้ามี)

๔.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย (กรณียื่นแทน)

ทั้งนี้ ผู้ที่ลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือดังกล่าว จะได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการช่วยเหลือประชาชนของเทศบาลตำบลแม่คำ และจะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการพิจารณาให้ความช่วยเหลือต่อไป

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายวาโย ตำนไทยวัฒนา)

นายกเทศมนตรีตำบลแม่คำ

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน  
(กรณีร้องขอด้วยตนเอง)  
เทศบาลตำบลแม่คำ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....หมายเลขประจำตัวประชาชน.....

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

เบอร์โทรติดต่อ.....มีความประสงค์ขอให้เทศบาลตำบลแม่คำ ดำเนินการช่วยเหลือ ดังนี้

๑. ประเภทการช่วยเหลือ

( ) ๑.๑ ด้านสาธารณสุข (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น).....

.....

( ) ๑.๒ ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น).....

.....

( ) ๑.๓ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น).....

.....

( ) ๑.๔ ด้านอื่นๆ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น).....

.....

๒. ข้าพเจ้าจึงขอความช่วยเหลือ (ระบุความต้องการ/สิ่งที่ขอความช่วยเหลือ).....

.....

.....

๓. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาแล้ว จำนวน.....ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

(.....)

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน  
(กรณีร้องขอด้วยผู้แทน)  
เทศบาลตำบลแม่คำ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
โทรศัพท์.....หมายเลขประจำตัวประชาชน.....  
บุคคลที่สามารถติดต่อได้ (นาย/นาง/นางสาว) .....นามสกุล.....  
เบอร์โทรติดต่อ.....มีความประสงค์ขอให้เทศบาลตำบลแม่คำ ดำเนินการช่วยเหลือ  
(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....ดังนี้

๑. ประเภทการช่วยเหลือ

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

๒. ข้าพเจ้าจึงขอความช่วยเหลือ (ระบุความต้องการ/สิ่งที่ขอความช่วยเหลือ).....  
.....  
.....

๓. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาด้วยแล้ว จำนวน.....ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

(.....)



แบบลงทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือของประชาชน กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล  
เทศบาลตำบลแม่คำ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

\*\*\*\*\*

คำขอเลขที่

...../.....

(เจ้าหน้าที่กรอก)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลผู้ป่วยที่ขอรับความช่วยเหลือ

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

๒. เลขประจำตัวประชาชน ----

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

๔. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านตนเอง บ้านเช่า อาศัยอยู่กับญาติ ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง

อื่นๆ ระบุ.....

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบลแม่คำ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

๕. สถานภาพ โสด สมรสอยู่ด้วยกัน สมรสแยกกันอยู่ หย่าร้าง หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

๖. ป่วยเป็นโรค.....

อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

๗. ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อยู่อาศัยอยู่ร่วมกันจริงในปัจจุบัน)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

๗.๕ ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....อายุ.....ปี

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

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

### ส่วนที่ ๒ ปัญหาความเดือดร้อนของผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับความเดือดร้อนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำรงชีพ ดังนี้ (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

(๑) เป็นผู้ป่วยติดเตียง

(๒) เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำรงชีพ

(๓) เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล

(๔) เป็นผู้ป่วยยากไร้

(๕) เป็นผู้ป่วยไร้ที่พึ่ง

(๖) เป็นผู้ป่วยคนพิการ

๖.๑ ความพิการทางการมองเห็น

๖.๒ ความพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย

๖.๓ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

๖.๔ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

๖.๕ ความพิการทางสติปัญญา

๖.๖ ความพิการทางออทิสติก

๖.๗ ความพิการด้านอื่นๆ.....

(๗) ความเดือดร้อนด้านอื่นๆ.....

.....

.....

ส่วนที่ ๓ ผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย (ถ้าผู้ป่วยยื่นคำขอเองไม่ต้องกรอก)

- ๑. ชื่อ - นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....
- ๒. เลขประจำตัวประชาชน ----
- ๓. วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี หมายเลขโทรศัพท์.....
- ๔. ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ส่วนที่ ๔ ผู้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาประกอบคำขอ ดังนี้

- ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย
- ๒. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย
- ๓. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ป่วย (แล้วแต่กรณี)
- ๔. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากการให้ข้อมูลของข้าพเจ้าไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ทางเทศบาลตำบลแม่คำระงับการช่วยเหลือและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

วันที่.....