



การสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้
ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา พ.ศ.2560

หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้

การสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา กองสวัสดิการสังคม โดยดำเนินงานดังกล่าวผ่านสื่อประชาสัมพันธ์และสำเนาหนังสือส่งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดนครราชสีมา โดยมีหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ดังนี้

องค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจารณาสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ ภายใต้หลักเกณฑ์ ดังนี้

1) ให้ผู้ป่วยที่ยากไร้ ดำเนินการขอรับการสงเคราะห์จากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ก่อน

2) กรณีที่ผู้ป่วยที่ยากไร้ ได้รับการสงเคราะห์ตามข้อ (1) แต่ได้รับการสงเคราะห์ฯ ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย เช่น มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับการรักษาพยาบาล จำนวน 4,000 บาท แต่ได้รับการสงเคราะห์จากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จำนวน 2,000 บาท หรือไม่ได้รับการสงเคราะห์ เนื่องจากถูกจำกัดด้วยงบประมาณ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสามารถให้การสงเคราะห์เพิ่มเติมได้ตามที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ 2,000 บาทต่อคน และไม่เกินสามครั้งต่อคนต่อปีงบประมาณ

(3) ในกรณีผู้ป่วยที่ยากไร้มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยโรคไต ซึ่งต้องได้รับการฟอกไตเป็นประจำ ซึ่งมีความจำเป็นจะต้องได้รับการสงเคราะห์มากกว่าสามครั้งให้ขอความเห็นชอบจากผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นรายการกรณี

วิธีและขั้นตอนการสงเคราะห์

1. ผู้ป่วยที่ยากไร้ ที่มีคุณสมบัติ มีสัญชาติไทย มีภูมิลำเนาในเขตองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ขอรับการสงเคราะห์ และได้รับการรักษาพยาบาลสถานพยาบาลของรัฐ
2. ยื่นคำขอตามแบบของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ : 01 ยากจน แบบใหม่) และแบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ในการขอรับค่าเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ พร้อมด้วยหลักฐาน เช่น สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาใบนัดของสถานพยาบาล หรือเอกสารอื่นที่สามารถเชื่อได้ว่าเข้ารับการรักษาพยาบาลกับสถานพยาบาลของรัฐ วัน/เดือน/ปี ชัดเจน หนังสือส่งตัวเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร ได้แก่ ธ.กรุงไทย ธ.ออมสิน และธ.กส. (ต้องเป็นปัจจุบันบัญชีมีการเคลื่อนไหวหมุนเวียนภายใน 1 ปี หรือเปิดบัญชีใหม่ เพื่อป้องกันข้อผิดพลาด) กรณีผู้ป่วยไม่มีสมุดบัญชีควรมีหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ พร้อมติดอากรแสตมป์ 30 บาท (ถ้ามี) รูปถ่ายบ้านที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยฯ (ตามทะเบียนบ้าน/ตามบัตรประชาชน) เอกสารประกอบอ้างอิงจาก Google map ระยะระยะทางการเดินทาง ไป-กลับ ต่อเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล ในเขตจังหวัดที่ตนอาศัยอยู่
3. เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ทำหน้าที่รับคำขอรับการสงเคราะห์พร้อมตรวจสอบว่าผู้ป่วยที่ยากไร้ที่ยื่นคำขอมีคุณสมบัติครบถ้วนหรือไม่ เจ้าหน้าที่ อปท.รับรองเอกสารของผู้ป่วยฯ จริง และส่งคำขอรับการสงเคราะห์รวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้องแล้วนำเสนอต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัด

๕-๒-๒๕๖๐

ขั้นตอนในการปฏิบัติงานการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา พ.ศ.2560

ตรวจสอบเอกสาร ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลผู้ประสบปัญหาทางสังคม
(สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ : 01 ยากจน สนง.พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด)
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ
3. สำเนาทะเบียนบ้าน
4. บัตรประจำตัวผู้ป่วย
5. ใบนัดของสถานพยาบาลของรัฐ
6. สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร (บัญชีมีการเคลื่อนไหว 1 ปี หรือเปิดสมุดใหม่)
7. รูปถ่ายบ้านที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยฯ (ตามทะเบียนบ้าน/ตามบัตรประชาชน)
8. เอกสารประกอบอ้างอิงจาก Google map ระบุระยะทางในการเดินทางไป-กลับ

ส่งมอบเอกสารให้ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครราชสีมา

- บันทึกข้อความเสนอ นายองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา
- จัดทำหนังสือ เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครราชสีมา
- จัดทำสำเนาเอกสารแนบสิ่งที่ส่งมาด้วย 1 ชุด

ติดตามผลการให้การสงเคราะห์
หากมีการสงเคราะห์แล้วถือเป็นการสิ้นสุดการสงเคราะห์

ดำเนินการให้การสงเคราะห์

กรณี สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครราชสีมา ตรวจสอบ
และส่งรายชื่อมาให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ดังนี้

1. เชิญคณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งประชุมเพื่อพิจารณา
 - ให้การช่วยเหลือได้เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ 2,000 บาท/คน/และไม่เกิน 3 ครั้ง/คน/
ปีงบประมาณ หรือเบิกรวมกันไม่เกิน 6,000 บาท/คน/ปีงบประมาณ (ลงพื้นที่เยี่ยมเคส)
2. ดำเนินการเบิกจ่าย
 - บันทึกอนุมัติเบิกจ่ายเงินเสนอ นายองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา
 - นำเข้าในบัญชีเงินฝากของผู้รับการสงเคราะห์
 - จัดเก็บเอกสารหลักฐานเพื่อส่งใช้เงินยืมของผู้รับการสงเคราะห์

ติดตามผลการให้การสงเคราะห์

ติดต่อสอบถามได้ที่

ฝ่ายส่งเสริมสวัสดิการสังคม กองสวัสดิการสังคม

องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา โทร.044-246890

5. ประเภทผู้ขอรับบริการ

- ครอบครัวของเด็ก/เด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน
- ผู้ตกทุกข์ได้ยากที่ขอให้ช่วยเหลือส่งกลับภูมิลำเนาเดิม
- ผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน
- ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยที่ประสบความเดือดร้อนหรือผู้ไร้ที่พึ่ง
- ครอบครัวคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการและประสบปัญหาความเดือดร้อน
- สตรีหรือครอบครัวที่ประสบปัญหาทางสังคม
- ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนและมีความจำเป็นในเรื่องต่างๆ
- ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง
- สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีผู้อยู่ในอุปการะ
- สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ไม่ได้ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะคนในครอบครัวที่ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์
- สตรีที่ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู
- สตรีที่สามีป่วย หรือเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะเลี้ยงดูบุคคลในครอบครัว
- ครอบครัวที่เป็นหัวหน้าครอบครัวติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีผู้อยู่ในอุปการะ
- ครอบครัวที่เป็นหัวหน้าครอบครัวไม่ได้ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์
- ครอบครัวที่หัวหน้าครอบครัวถึงแก่กรรมด้วยโรคเอดส์
- ผู้ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู
- ราษฎรบนพื้นที่สูง ซึ่งเป็นชาวเขาประสบปัญหาความเดือดร้อน

6. สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

6.1 ด้านที่อยู่อาศัย

- ไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย
- ไม่มีที่อยู่อาศัย
- สภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมต่อการพักอาศัย
- เร่ร่อน

6.2 ด้านสุขภาพอนามัย

- ติดเชื้อเอดส์ (HIV)/ ป่วยด้วยโรคเอดส์
- ป่วยเป็นโรคร้ายแรง
- ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน
- ผู้ป่วยทางจิต
- หลงลืมขราภาพ
- ได้รับผลกระทบจากเชื้อเอดส์/ป่วยด้วยโรคเอดส์
- เจ็บป่วยเรื้อรัง
- ขาดแคลนกายอุปกรณ์/ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ
- ไม่ได้รับการรักษายาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ตัดยาเสพติด
- โรคซึมเศร้า
- อื่นๆ ระบุ.....

6.3 ด้านการศึกษา

- ขาดโอกาสทางการศึกษา
- ไม่มีทุนการศึกษา

6.4 ด้านการมีงานทำ และมีรายได้

- ขอดาน
- ถูกเลิกจ้าง/ว่างงาน
- ไม่มีการออม
- ไม่มีรายได้
- ไม่มีที่ดินทำกิน
- ขาดทักษะในการประกอบอาชีพ
- ถูกนายจ้างเอารัดเอาเปรียบ
- ไม่มีงานทำ
- ไม่มีอาชีพ
- รายได้ไม่แน่นอน
- รายได้ไม่พอใช้จ่าย
- มีหนี้สิน
- ไม่มีทุนประกอบอาชีพ
- ยาจน/ไร้ที่พึ่ง
- อื่นๆ ระบุ.....

6.5 ด้านครอบครัว

- กำพรว
- ครอบครัวอุปถัมภ์
- ได้รับผลกระทบจากการที่คนในครอบครัวต้องโทษจำคุก
- ต้องรับการเลี้ยงดูไม่เหมาะสม
- ต้องรับภาระหน้าที่ในครอบครัวเกินวัย/เกินความสามารถสติปัญญา
- ต้องดูแลบุคคลในครอบครัว
- ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตร
- ถูกทอดทิ้ง
- อยู่ตามลำพังไม่มีผู้ดูแล และมีปัญหาในการดำรงชีวิต
- ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม
- ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลไม่สามารถอุปการะเลี้ยงดูได้
- พ่อแม่ที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง/พ่อเลี้ยงเดี่ยว
- แม่แม่ที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง/แม่เลี้ยงเดี่ยว
- ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน
- ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางคืน ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน
- ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้
- ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านร่างกาย
- ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านจิตใจ
- ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านเพศ
- ครอบครัวมีหนี้สิน
- ครอบครัวมีภาระเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (อาทิ เด็กคนพิการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดยาเสพติด)
- ผู้อุปการะมีฐานะยากจน/ขาดแคลน
- ครอบครัวยากจน

6.6 ด้านความรุนแรงในครอบครัว/สังคม

- เป็นผู้กระทำ ความรุนแรงต่อผู้อื่น
- ทารุณกรรมทางร่างกาย
- ทารุณกรรมทางจิตใจ
- ทารุณกรรมทางเพศ

6.7 ด้านการเป็นผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์

- ตกเป็นเครื่องมือแสวงหาผลประโยชน์อื่นๆ
- ถูกทารุณกรรม/กักขัง/หน่วงเหนี่ยว
- ถูกบังคับขอรทาน
- ถูกบังคับค้าประเวณี
- ถูกล่อลวง
- ถูกแสวงหาประโยชน์ทางเพศ
- เป็นผู้กระทำ ความรุนแรงต่อผู้อื่น
- ถูกบังคับใช้แรงงาน
- ถูกบังคับให้ประพฤติดังกฎหมาย

6.8 ด้านการเข้าถึงสิทธิและความเป็นธรรมในสังคม

- ไม่มีคำพาหนะเดินทางกลับภูมิลำเนา
- ไม่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐ
- ยังไม่มียื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ
- ไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร
- ขอบุตรบุญธรรม
- การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมระหว่างเพศ
- ถูกรังเกียจเหยียดหยาม
- เคยต้องโทษ/ประสบปัญหาการใช้ชีวิตในสังคม
- ถูกละเมิดทางเพศ
- ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความรุนแรงทางการเมือง
- ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบชายแดนภาคใต้
- ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติภัยแล้ง/ภัยหนาว/วาตภัย/อุทกภัย/อัคคีภัย/แผ่นดินไหว
- ได้รับผลกระทบจากมลภาวะ/สภาพแวดล้อม

6.9 ด้านสภาพปัญหาสังคมอื่นๆ

- ประพฤติตนไม่เหมาะสม
- เสี่ยงต่อการกระทำผิด
- ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนหรือการปรับตัวที่เหมาะสม
- การอพยพ/หลบหนีเข้าเมือง
- อื่นๆ ระบุ.....

7. เรื่องขอรับความช่วยเหลือที่ต้องการ	
7.1 ด้านเงิน (ใส่จำนวนเงินด้วย)	บัญชีท้ายระเบียบลำดับที่
<input type="checkbox"/>ค่าเลี้ยงดู ค่าพาหนะ สำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
<input type="checkbox"/>เกี่ยวกับการศึกษาสำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
<input type="checkbox"/>เงินทุนประกอบอาชีพ สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
<input type="checkbox"/>ค่ารักษาพยาบาล สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
<input type="checkbox"/>ค่ากายอุปกรณ์แก่เด็กพิการและทุพพลภาพ	1
<input type="checkbox"/>อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยป้องกันและแก้ไขความพิการของเด็ก	1
<input type="checkbox"/>ค่าใช้จ่ายในการส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม	1
<input type="checkbox"/>ค่าอาหารระหว่างรอรับการสงเคราะห์ และระหว่างเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม	1
<input type="checkbox"/>ค่าพาหนะส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม	1
<input type="checkbox"/>ค่าเช่าที่พักของผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม	2
<input type="checkbox"/>ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระหว่างรอรับการสงเคราะห์	2
ระหว่างการเดินทางเพื่อรับการสงเคราะห์หรือกลับภูมิลำเนาเดิม	2
<input type="checkbox"/>เงินอุดหนุนเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน	2
<input type="checkbox"/>ค่าเครื่องอุปโภคบริโภค	2
<input type="checkbox"/>ค่าใช้จ่ายในการครองชีพตามความจำเป็น	2
<input type="checkbox"/>ค่ารักษาพยาบาล เช่น ค่ายา ค่าอุปกรณ์การรักษา ค่าอาหารที่โรงพยาบาลหรือ	2
สถานพยาบาลของทางราชการรวมถึงค่าพาหนะ ค่าอาหาร ระหว่างติดต่อรักษาพยาบาล	3
<input type="checkbox"/>ค่าซ่อมแซมที่อยู่อาศัย	3
<input type="checkbox"/>เงินทุนประกอบอาชีพ	4,5,6,9,11
<input type="checkbox"/>เงินทุนประกอบอาชีพ รวมถึงการรวมกลุ่ม	4,5,6,9,11
<input type="checkbox"/>ค่าอาหาร	4,5,6,9,11
<input type="checkbox"/>ค่าเครื่องนุ่งห่ม	4,5,6,9,11
<input type="checkbox"/>ค่าพาหนะเดินทาง ค่าอาหาร ค่าเครื่องนุ่งห่ม หรือค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้น	
แก่ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง	
<input type="checkbox"/>เงินทุนประกอบอาชีพแก่สตรีที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว	4,5,6,9,11
<input type="checkbox"/>ค่าวัสดุที่หักชั่วคราว	
<input type="checkbox"/>อื่นๆ ระบุ	9,10,11
7.2 ด้านสิ่งของ (ใส่จำนวน ชนิด รายการ ของสิ่งของด้วย)	
<input type="checkbox"/> เครื่องอุปโภคและบริโภค เช่น มุ้ง ผ้าห่มนอน แป้ง นม	
<input type="checkbox"/> อุปกรณ์การศึกษา <input type="checkbox"/> อาหาร <input type="checkbox"/> เครื่องนุ่งห่ม <input type="checkbox"/> นมผงสำหรับเด็ก <input type="checkbox"/> ยารักษาโรค	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ	
7.3 ความช่วยเหลืออื่นๆ	
<input type="checkbox"/>ส่งไปทำกายภาพบำบัด <input type="checkbox"/> ส่งเข้ารับการรักษา/บำบัด <input type="checkbox"/> ติดตามหาญาติ	
<input type="checkbox"/>เข้ารับบริการในศูนย์บริการผู้สูงอายุ หรืออยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์คนชรา หรือสถานที่อื่นที่เหมาะสม	
<input type="checkbox"/>แยกผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรมไปพักอาศัยในสถานที่อื่นซึ่งมีความปลอดภัย	
<input type="checkbox"/>นำผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพกาย สุขภาพจิต	
<input type="checkbox"/>แจ้งความต่อพนักงานสอบสวนเพื่อดำเนินคดีต่อผู้กระทำความผิดทารุณกรรม	
<input type="checkbox"/>ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอยู่ด้วย เพื่อทำความเข้าใจให้สามารถดูแลผู้สูงอายุมิให้ถูกทารุณกรรมอีก	
<input type="checkbox"/>ให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับคดีและเรื่องสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ	
<input type="checkbox"/>ให้การฟื้นฟูสภาพร่างกาย สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ให้กลับไปสู่สภาวะปกติ และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุ	
กับครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย	
<input type="checkbox"/>ส่งกลับภูมิลำเนาเดิม	
<input type="checkbox"/>อื่นๆ ระบุ	

8. สิทธิสวัสดิการที่เคยได้รับ

- 1. ไม่เคย
- 2. เคย อะไรบ้างในปีงบประมาณนี้ จำนวน ครั้ง รวมเป็นเงินบาท ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 2.1 เงินสงเคราะห์
 - 2.2 เงินทุนประกอบอาชีพ
 - 2.3 เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
 - 2.4 เบี้ยความพิการ
 - 2.5 เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
 - 2.6 สวัสดิการที่ได้จากการลงทะเบียนโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
 - 2.7 เงินซ่อมแซมบ้าน
 - 2.8 สวัสดิการอื่นจากภาครัฐ ระบุ
 - 2.9 สวัสดิการภาคเอกชน
 - 2.10 เงินกู้
 - 2.11 เครื่องช่วยความพิการ
 - 2.12 อื่นๆ ระบุ.....

9. การรับรองข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระงับสวัสดิการและประโยชน์อื่นๆ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสาร เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าพเจ้าและครอบครัว

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับความช่วยเหลือ
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับคำขอ
(.....)

ลงวันที่.....

ลงวันที่.....

ผลการเยี่ยมบ้าน

ตรวจเยี่ยม

เจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยม ชื่อ - สกุล ตำแหน่ง

หน่วยงาน.....

ชื่อ - สกุล ของผู้ประสบปัญหาทางสังคม.....

บ้านเลขที่.....

สภาพที่อยู่อาศัย

.....
.....
.....

สภาพปัญหาความเดือดร้อน

.....
.....
.....

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมบ้าน

.....
.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้เยี่ยมบ้าน

(.....)

ตำแหน่ง

ลงวันที่.....(ว.ด.ป.ที่เยี่ยมบ้าน)

หมายเหตุ : ผู้เยี่ยมบ้าน หมายถึง เจ้าหน้าที่กระทรวง พม.หรือเจ้าหน้าที่หน่วยบริการในพื้นที่หรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐ
ที่ได้รับมอบหมายหรือได้รับคำขอนี้ หรืออาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.)

ส่วนนี้ สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้วิจัย เท่านั้น

การพิจารณาให้ความช่วยเหลือ

ความเห็นของผู้วิจัยในการช่วยเหลือ

- ช่วยเหลือเป็นเงิน จำนวน บาท หรือ
- ช่วยเหลือเป็นสิ่งของ ระบุ อุปกรณ์การศึกษา อาหาร
- เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค
- นมผงสำหรับเด็ก เครื่องอุปโภคและบริโภค
- อื่นๆ ระบุ.....

มูลค่าสิ่งของ จำนวนบาท
ตามระเบียบ/ประกาศ/หนังสือ

เงินอุดหนุนประเภท.....

ลงชื่อผู้วิจัยในการช่วยเหลือ
(.....)

ตำแหน่ง

เลขที่.....

วันที่.....เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ : ผู้วิจัยในการช่วยเหลือ ได้แก่

(๑) ผู้ซึ่งระเบียบ ประกาศ หรือหลักเกณฑ์ว่าด้วยการนั้น กำหนดให้เป็นผู้วิจัยในการช่วยเหลือ หรือ

(๒) นักสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต หรือเจ้าหน้าที่อื่นซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในความควบคุมของนักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต หรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าส่วนราชการเจ้าของเงินอุดหนุน.

ผลการพิจารณาให้ความช่วยเหลือของคณะกรรมการพิจารณาให้ความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม

วันที่ประชุมคณะกรรมการ.....ครั้งที่.....

ทราบ (เร่งด่วน)

คุณสมบัติผู้ประสบปัญหาทางสังคม

เห็นชอบ

ไม่เห็นชอบ ระบุเหตุผล.....

วิธีการให้ความช่วยเหลือ

เห็นชอบ

ไม่เห็นชอบ ระบุเหตุผล.....

ความเห็นเพิ่มเติม.....

รายละเอียดสำหรับการจ่ายเงิน เท่านั้น ยินยอมให้โอนเงินผ่านบัญชีธนาคาร

1. รับผิดชอบเอง/มอบอำนาจรับแทน ลงชื่อ.....

เงินสด เช็ค เลขที่..... ธนาคาร.....

หากมีการรับแทนโปรดระบุ เลขที่บัตรประชาชน ----

ชื่อ - นามสกุล.....ผู้รับแทน

เบอร์โทรติดต่อ.....

2. โอนเข้าบัญชีธนาคาร โอนเข้าบัญชี พร้อมเพย์ (Prompt Pay) KTB Corporate Online e-Payment

ชื่อ - นามสกุล ผู้รับเงิน.....

เลขที่บัตรประชาชน --- เบอร์โทรศัพท์.....

เลขที่บัญชี.....ชื่อบัญชี.....

ธนาคาร.....สาขา.....

รายละเอียดสำหรับการรับสิ่งของ

รับผิดชอบเอง

ผู้รับแทน เลขที่บัตรประชาชน ---

ชื่อ-นามสกุล.....

ประสานส่งต่อไปยังหน่วยงาน ชื่อหน่วยงาน.....จังหวัด.....

..... ส่งไปทำกายภาพบำบัด ส่งเข้ารับการรักษา/บำบัด ส่งเข้าสถานสงเคราะห์/สถานคุ้มครอง

..... ขอบุตรบุญธรรม/ครอบครัวอุปถัมภ์ ส่งเข้าฝึกอบรม/อาชีพ จัดหาอาชีพ

..... อื่นๆ ระบุ.....

ช่วยเหลือด้านอื่นๆ

..... ให้คำปรึกษา/แนะนำ ช่วยเหลือทางด้านกฎหมาย/คุ้มครองสิทธิ ติดตามหาญาติ

..... ที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน อื่นๆ ระบุ.....

..... ระบุข้อความช่วยเหลือ เนื่องจาก.....

การบูรณาการความช่วยเหลือร่วมกับหน่วยงานอื่น

หน่วยงานภายใน พม.

<input type="checkbox"/> ดย. หน่วยงาน.....	<input type="checkbox"/> เงิน.....	<input type="checkbox"/> สิ่งของ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
<input type="checkbox"/> พก. หน่วยงาน.....	<input type="checkbox"/> เงิน.....	<input type="checkbox"/> สิ่งของ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
<input type="checkbox"/> พส. หน่วยงาน.....	<input type="checkbox"/> เงิน.....	<input type="checkbox"/> สิ่งของ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
<input type="checkbox"/> ผส. หน่วยงาน.....	<input type="checkbox"/> เงิน.....	<input type="checkbox"/> สิ่งของ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
<input type="checkbox"/> สด. หน่วยงาน.....	<input type="checkbox"/> เงิน.....	<input type="checkbox"/> สิ่งของ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
<input type="checkbox"/> กคช. หน่วยงาน.....	<input type="checkbox"/> เงิน.....	<input type="checkbox"/> สิ่งของ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
<input type="checkbox"/> พอช. หน่วยงาน.....	<input type="checkbox"/> เงิน.....	<input type="checkbox"/> สิ่งของ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....

หน่วยงาน/องค์กร ภายนอก

<input type="checkbox"/> เหล่ากาชาดอำเภอ/จังหวัด.....	<input type="checkbox"/> เงิน.....	<input type="checkbox"/> สิ่งของ ระบุ.....
<input type="checkbox"/> อบต./เทศบาล/อำเภอ.....	<input type="checkbox"/> เงิน.....	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
<input type="checkbox"/> มูลนิธิ/องค์กร/เครือข่าย.....	<input type="checkbox"/> เงิน.....	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
<input type="checkbox"/> หน่วยงานรัฐในพื้นที่ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> เงิน.....	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
<input type="checkbox"/> สำนักงานองคมนตรี.....	<input type="checkbox"/> เงิน.....	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
<input type="checkbox"/> เงินบริจาค/ช่วยเหลือจากบุคคลทั่วไป จำนวน.....		บาท

แบบคำขอรับความช่วยเหลือกรณีผู้ตกทุกข์ได้ยากกลับภูมิลำเนาเดิม

ข้อมูลผู้ขอรับความช่วยเหลือ

ชื่อ - สกุล.....บ้านเลขที่

ปัญหาความเดือดร้อน

เดินทางมาทำงานทำ ถูกเลิกจ้าง ทำงานแล้วไม่ได้รับค่าจ้าง ถูกล่อลวง

เดินทางมาหาคู่สมรส , ญาติ เดินทางมารับการรักษาพยาบาล อื่นๆ ระบุ.....

ความต้องการช่วยเหลือเพิ่มเติม เมื่อกลับภูมิลำเนา

ต้องการฝึกอาชีพ ต้องการค่าใช้จ่ายด้านการศึกษาบุตร

ต้องการเงินทุนประกอบอาชีพ อื่นๆ ระบุ.....

กรณีผู้ตกทุกข์ได้ยากในต่างประเทศ ให้กรอกข้อมูลต่อไปนี้ด้วย

เดินทางไปต่างประเทศเมื่อวันที่เดือน.....พ.ศ.

สถานที่ทำงาน/พักอาศัย.....

จุดประสงค์ที่เดินทางไป.....

ผู้จัดส่ง (นาย/นาง/นางสาว/บริษัท).....

สาเหตุที่เดินทางกลับ.....

จากประเทศ.....เดินทางกลับถึงประเทศไทยเมื่อวันที่

โดยเที่ยวบิน.....

ลงชื่อผู้ขอรับความช่วยเหลือ

(.....)

โทรศัพท์.....

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางกลับภูมิลำเนา

ค่ารถโดยสารประจำทาง/รถไฟชั้น 3 จากกรุงเทพฯ -เป็นเงิน.....บาท

ค่าต่อรถ - บ้านพัก.....เป็นเงิน.....บาท

ค่าอาหารระหว่างเดินทางคน.....วันๆละ.....บาท เป็นเงิน.....บาท

ค่าใช้จ่ายอื่นๆ (ขวดนม นมผง ยาสีฟัน รองเท้าแตะฯ).....เป็นเงิน.....บาท

เป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

ความเห็นของนักสังคมสงเคราะห์

เห็นควรสงเคราะห์ค่าพาหนะและค่าอาหารในการเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม จังหวัด.....

แก่ (นาย/นาง/นางสาว).....เป็นเงินจำนวนบาท

ลงชื่อนักสังคมสงเคราะห์/เจ้าหน้าที่

(.....)

โทรศัพท์.....

วันที่เดือนพ.ศ.

แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา
ในการขอรับค่าเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ

ผู้ยื่นคำร้อง

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด
นครราชสีมา มีความประสงค์ยื่นคำร้องขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา
ของ ตนเอง
 นาย/นาง/นางสาว/ต.ช./ต.ญ. อายุ.....ปี
เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ยื่นคำร้อง

ข้อมูลของผู้ป่วย

นาย/นาง/นางสาว/ต.ช./ต.ญ.นามสกุล.....อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน ---- อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดนครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์.....
อาศัยในเขตพื้นที่ ทน./ทต./อบต.....ได้ป่วยด้วยโรค.....
สถานพยาบาลที่รักษา..... อำเภอ.....
จังหวัด..... รักษาครั้งแรก รักษาต่อเนื่อง ความถี่ในการไปรักษา..... ครั้ง/เดือน
 เป็นคนไข้ในพระราชานุเคราะห์ รายได้..... บาท/เดือน มีค่าใช้จ่ายเป็นค่าพาหนะ ซึ่งค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอต่อ
การเดินทางไปเข้ารับการรักษาพยาบาล ข้าพเจ้าจึงขอรับการสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาลเป็นค่า
พาหนะเดินทาง ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วน
จังหวัด พ.ศ.2560

ข้าพเจ้าเคยได้รับเงินสงเคราะห์จากหน่วยงานสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
ปีงบประมาณ.....จำนวน.....ครั้ง/ปี จำนวนเงินครั้งละ.....บาท ซึ่งข้าพเจ้าได้นำเงินจำนวน
ดังกล่าวไปใช้ในการเดินทางไปรักษาพยาบาล เป็นค่าใช้จ่ายดังนี้

- | | | | |
|--------------------------------|------------------|--------------|------------------|
| 1. ค่าอาหาร | เป็นเงิน.....บาท | 2. ค่าที่พัก | เป็นเงิน.....บาท |
| 3. ค่ายานอกบัญชีหลัก | เป็นเงิน.....บาท | 4. ค่าพาหนะ | เป็นเงิน.....บาท |
| 5. ค่าใช้จ่ายซื้อสิ่งของจำเป็น | เป็นเงิน.....บาท | | |

และค่าใช้จ่ายในข้อ 4 ไม่เพียงพอต่อการเดินทางไปรักษาพยาบาล ข้าพเจ้าจึงขอรับการสงเคราะห์
ค่าพาหนะเดินทางจากที่พัก เลขที่.....หมู่.....ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัดนครราชสีมา
ถึงโรงพยาบาล (ชื่อโรงพยาบาล).....โดยขอรับเงินค่าเดินทางเพื่อเข้ารับ
การรักษาพยาบาล ดังนี้ (เลือกเพียง 1 ข้อเท่านั้น)

รถประจำทาง

1. ค่ารถรับจ้างโดยสารประจำทาง จากบ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัดนครราชสีมา ถึงสถานีขนส่งอำเภอ.....จังหวัดนครราชสีมา (ไป-กลับ) ระยะทาง.....กม.
เป็นเงิน.....บาท
2. ค่ารถรับจ้างโดยสารประจำทาง จากสถานีขนส่งอำเภอ.....จังหวัดนครราชสีมา
ถึงสถานีขนส่งจังหวัดนครราชสีมา (ไป-กลับ) ระยะทาง.....กม. เป็นเงิน.....บาท
3. ค่ารถรับจ้างโดยสารประจำทาง จากสถานีขนส่งจังหวัด.....ถึง โรงพยาบาล.....
(ไป-กลับ) ระยะทาง.....กม. เป็นเงิน.....บาท
4. ค่ารถรับจ้างโดยสารประจำทาง จากสถานีขนส่งจังหวัดนครราชสีมา ถึงสถานีขนส่งจังหวัด.....
(ไป-กลับ) ระยะทาง.....กม. เป็นเงิน.....บาท (กรณี รักษาตัวที่ต่างจังหวัด)

/กรณี...

* กรณีที่ไม่สามารถนั่งรถโดยสารประจำทางได้ เนื่องจาก.....
..... จึงจำเป็นต้องเดินทางโดยพาหนะอื่นๆ ดังนี้

รถยนต์รับจ้าง (เหมาจ่าย)

ระยะทางจากบ้านพักถึงโรงพยาบาล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รวมระยะทาง (ไป-กลับ)..... กิโลเมตร เป็นเงิน.....บาท

ลำดับ ที่	ครั้งที่	ประวัติ วันที่ไปพบแพทย์	เอกสารหลักฐานการเดินทางไปพบแพทย์ เช่น ใบแสดงผลการรักษา ใบรับยา ใบเสร็จรับเงิน ใบรับรองแพทย์ สมุดประจำตัวคนป่วย
1			
2			
3			

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจสอบแล้วพบว่าข้อมูลส่วนใดส่วน
หนึ่งไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ระงับการช่วยเหลือ และคืนเงินค่าพาหนะเดินทางที่ได้รับตามระเบียบ
กระทรวงมหาดไทย ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงิน
ค่าพาหนะ พร้อมรับรองความถูกต้องของสำเนา มาพร้อมนี้ด้วย

- แบบบันทึกผู้ประสบปัญหาทางสังคม (แบบ พมจ.) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรผู้พิการ
- สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาบัตรประจำตัวผู้ป่วย สำเนาใบนัดของสถานพยาบาล
- สำเนาหนังสือส่งตัวไปรักษาสถานพยาบาลอื่น (ถ้ามี) ใบรับรองแพทย์ (กรณีรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง)
- สำเนาบัญชีธนาคาร อธ.กรุงเทพฯ อธ.อมลสิน อธ.ธกส. บัญชีปัจจุบันมีการเคลื่อนไหวภายใน 1 ปี หรือเปิดสมุดใหม่
- สำเนาบัตรประชาชนเจ้าของรถ ใบขับขี่ หรือคู่มือทะเบียนรถ ใบสำคัญรับเงิน
- หนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ถ้ามี)
กรณี หน้าสมุดบัญชีธนาคารไม่ใช่ผู้ป่วยแต่ใช้บัญชีคนในครอบครัว พร้อมติดอากรแสตมป์ 30 บาท
- รูปถ่ายบ้านที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย รูปถ่ายระยะทาง Google map สำเนาเอกสารอื่นๆ.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับการสงเคราะห์/ผู้ดูแล
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)

ตำแหน่ง.....
วันที่.....

ตำแหน่ง.....(ผอ.กอง/ปลัด)
วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

ครั้งที่ประชุม.....ปี.....

เลขที่หนังสือ.....วันที่รับเรื่อง.....รับจากหน่วยงาน.....

เอกสารครบถ้วน เอกสารไม่ครบถ้วน.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับเรื่อง
(.....)

ตำแหน่ง.....
วันที่.....

เลขที่.....

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เรียน (ผู้อ่านรายการสำนัก/กองคลัง)

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

เลขประจำตัวประชาชน:

สำนัก/กอง/ศูนย์.....สังกัด.....

อยู่บ้านเลขที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ขอรับเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารมาเพื่อเป็นหลักฐานด้วยแล้ว

กรณีเป็นบุคลากรที่สังกัด อปท.....

เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือ ค่าตอบแทน
บัญชีเงินฝากธนาคาร..... สาขา.....
ประเภท..... เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารอื่น (กรณีมีค่าธรรมเนียม ผู้รับเงินต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าธรรมเนียม)
บัญชีเงินฝากธนาคาร..... สาขา.....
ประเภท..... เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

กรณีเป็นผู้รับบ้านากู ผู้รับเบี้ยหวัด บุคลากรต่างสังกัด หรือบุคคลภายนอก
เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร..... สาขา.....
ประเภท..... เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

และเมื่อ..... (ระบุชื่อหน่วยงาน อปท.)..... โอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online แล้ว

ให้ส่งข้อมูลการโอนเงินผ่านช่องทาง

จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ตาม e-mail address.....

ลงชื่อ.....ผู้มีสิทธิรับเงิน

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด นครราชสีมา โทร.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด..... โทร.....

เป็นผู้มีอำนาจยื่นเอกสารคำขอดำเนินการเกี่ยวกับการรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยยากไร้ขององค์การบริหารส่วน
จังหวัดนครราชสีมา ประจำปี ๒๕๖..... จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ ดังนี้

๑. แจ้งความจำนงขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา
๒. รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ กรณีผู้ป่วยไม่สามารถมารับได้ด้วยตนเอง
๓. โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้ป่วย

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำ
ด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

โดยได้แนบเอกสารดังนี้

ผู้มอบอำนาจ (สำเนาถูกต้อง)

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน

ผู้รับมอบอำนาจ (สำเนาถูกต้อง)

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน ๓. สำเนาบัญชีธนาคาร

หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลเด็ก

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ชื่อผู้รับรอง).....อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรประจำตัวพนักงาน เลขที่.....
ตำแหน่ง.....ออกให้โดย.....

วันหมดอายุ.....มีสถานภาพเป็น

กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น

ประธานชุมชน พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ (ของหน่วยงานราชการ, รัฐวิสาหกิจ)

อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....ซึ่งอาศัยหรือปฏิบัติหน้าที่อยู่ในพื้นที่เดียวกันกับเด็กและผู้ดูแลเด็ก

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า (ชื่อผู้ดูแล).....เลขประจำตัวประชาชน

.....จริง โดยผู้ดูแลเด็ก มีความเกี่ยวพันเป็น.....กับเด็ก

ซึ่งปัจจุบันพักอาศัยอยู่บ้านหลังเดียวกันจริง ทั้งนี้ เพื่อให้ใช้หนังสือรับรองฉบับนี้เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา

การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ในการขอรับค่าเดินทาง (ค่าพาหนะ)

เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ:

- บัตรประจำตัวกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น ประธานชุมชน
พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พร้อมรับรองสำเนาบัตรประจำตัวมาด้วย
- การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา

ใบสำคัญรับเงิน
ค่าเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดนครราชสีมา ได้รับเงินจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด
 นครราชสีมา ตามรายการดังต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน (บาท)	
- ค่าเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ ของผู้ป่วยยากไร้ ราย.....	-
เดินทางโดยรถยนต์รับจ้าง/รถจักรยานยนต์รับจ้าง (เหมาจ่าย) ระบุ..... จากบ้านพักเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัดนครราชสีมา ถึงโรงพยาบาล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รวมระยะทาง (ไป-กลับ)..... กิโลเมตร
(ตัวอักษร) รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (.....)	-

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
 (.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
 (.....)