

แบบคำขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้
องค์การบริหารส่วนจังหวัดสระแก้ว

วัน/เดือน/ปีรับเรื่อง...../...../.....

ประจำปีงบประมาณ

ครั้งที่ ๑ ครั้งที่ ๒ ครั้งที่ ๓

ข้อ ๑ ข้อมูลผู้ป่วยที่ยากไร้

ชื่อ-นามสกุล บัตรประชาชนเลขที่.....
วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี สถานภาพ.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อ.....ประกอบอาชีพ.....รายได้ต่อเดือน.....บาท

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ยื่นคำขอแทน (กรอกรกรณีผู้ป่วยฯ ไม่ได้ยื่นคำขอด้วยตนเอง)

ผู้ปกครองตามกฎหมาย (ระบุ.....) ผู้รับมอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการตามบัตรฯ

ชื่อ-นามสกุล บัตรประชาชนเลขที่.....
วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี สถานภาพ.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อ.....ประกอบอาชีพ.....รายได้ต่อเดือน.....บาท

ข้อ ๓ ที่อยู่ปัจจุบัน (มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดสระแก้ว)

บ้านเลขที่.....

พิกัด GPS : ละติจูด..... ลองจิจูด

บ้านตนเอง บ้านเช่า เดือนละ.....บาท อื่นๆ ระบุ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน (กรณีไม่ได้อยู่ที่เดียวกับทะเบียนบ้าน ระบุ).....

มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ได้รับเบี้ยยังชีพความพิการ ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เงินอุดหนุนฯเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

ข้อ ๔ จำนวนสมาชิกที่อยู่จริงในครอบครัว.....คน

ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย	อาชีพ	บัตรสวัสดิการ แห่งรัฐ		รายได้ ต่อวัน/เดือน	เบอร์โทรศัพท์
					มี	ไม่มี		

ข้อ ๕ ผู้ป่วยที่ยากไร้ฯ ได้ดำเนินการขอรับการสงเคราะห์จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
จังหวัดสระแก้ว หรือหน่วยงานในสังกัดกระทรวง พม. มาแล้ว (แนบสำเนาหนังสือขอรับความช่วยเหลือของ พมจ.และแบบ
คำขอรับความช่วยเหลือกระทรวง พม.)

ข้อ ๖ โรคที่เข้ารับการรักษา..... ระยะเวลาตั้งแต่เจ็บป่วยปี..... เดือน

ข้อ ๗ สถานพยาบาลของรัฐที่เข้ารับการรักษา (ระบุ).....
 วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับการรักษา (ระบุวันที่ให้ชัดเจน หากเข้ารับการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง มากกว่า ๑ ครั้ง ภายในเดือนเดียวกัน)
 ๑)..... ๒)..... ๓).....

(แบบหลักฐาน ได้แก่ ๑. บัตรนัด ๒. ใบรับรองแพทย์ หรือ ใบเสร็จรับเงินสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา ทุกครั้ง)

สิทธิการรักษาพยาบาล ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ
 ผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ อื่นๆ ระบุ

ข้อ ๘ การเดินทาง ๑) รถโดยสารประจำทาง ๒) รถส่วนตัว ระบุ..... ๓) รถรับจ้างเหมา

(แบบใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน แบบ บก ๑๑๑) ใช้สำหรับรับรองการจ่ายค่าพาหนะประจำทาง และค่าพาหนะรับจ้าง ที่ไม่อาจเรียก
 ใบเสร็จรับเงินจากผู้รับเงินได้

ครั้งที่ ๑

เดินทางขาไป วันที่.....เดือน.....ปี.....
 (ต่อที่ ๑) จาก.....ถึง.....ค่าเดินทาง.....บาท
 (ต่อที่ ๒ ถ้ามี) จาก.....ถึง.....ค่าเดินทาง.....บาท
 (ต่อที่ ๓ ถ้ามี) จาก.....ถึง.....ค่าเดินทาง.....บาท
 เดินทางขากลับ วันที่.....เดือน.....ปี.....
 (ต่อที่ ๑) จาก.....ถึง.....ค่าเดินทาง.....บาท
 (ต่อที่ ๒ ถ้ามี) จาก.....ถึง.....ค่าเดินทาง.....บาท
 (ต่อที่ ๓ ถ้ามี) จาก.....ถึง.....ค่าเดินทาง.....บาท
 รวมค่าเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาที่จ่ายจริงในครั้งนี้ (ไป-กลับ).....บาท

ครั้งที่ ๒

เดินทางขาไป วันที่.....เดือน.....ปี.....
 (ต่อที่ ๑) จาก.....ถึง.....ค่าเดินทาง.....บาท
 (ต่อที่ ๒ ถ้ามี) จาก.....ถึง.....ค่าเดินทาง.....บาท
 (ต่อที่ ๓ ถ้ามี) จาก.....ถึง.....ค่าเดินทาง.....บาท
 เดินทางขากลับ วันที่.....เดือน.....ปี.....
 (ต่อที่ ๑) จาก.....ถึง.....ค่าเดินทาง.....บาท
 (ต่อที่ ๒ ถ้ามี) จาก.....ถึง.....ค่าเดินทาง.....บาท
 (ต่อที่ ๓ ถ้ามี) จาก.....ถึง.....ค่าเดินทาง.....บาท
 รวมค่าเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาที่จ่ายจริงในครั้งนี้ (ไป-กลับ).....บาท

ครั้งที่ ๓

เดินทางขาไป วันที่.....เดือน.....ปี.....
 (ต่อที่ ๑) จาก.....ถึง.....ค่าเดินทาง.....บาท
 (ต่อที่ ๒ ถ้ามี) จาก.....ถึง.....ค่าเดินทาง.....บาท
 (ต่อที่ ๓ ถ้ามี) จาก.....ถึง.....ค่าเดินทาง.....บาท
 เดินทางขากลับ วันที่.....เดือน.....ปี.....
 (ต่อที่ ๑) จาก.....ถึง.....ค่าเดินทาง.....บาท
 (ต่อที่ ๒ ถ้ามี) จาก.....ถึง.....ค่าเดินทาง.....บาท
 (ต่อที่ ๓ ถ้ามี) จาก.....ถึง.....ค่าเดินทาง.....บาท
 รวมค่าเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาที่จ่ายจริงในครั้งนี้ (ไป-กลับ).....บาท

ข้อ ๙ กรณีได้รับการสงเคราะห์ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินค่าเดินทางผู้ป่วยยากไร้ฯ โดยโอนเงินผ่านบัญชีธนาคาร

ผู้ป่วยที่ยากไร้ ผู้ปกครองตามกฎหมาย (ระบุ.....) ในนามผู้รับมอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการตามบัตรฯ
ธนาคาร.....สาขา.....ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

ข้อ ๑๐ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบแล้วพบว่าข้อมูลส่วนใดส่วนหนึ่งไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ระงับการช่วยเหลือและคืนเงินค่าเดินทางที่ได้รับ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐ ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดสระแก้ว

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอฯ
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับคำขอ
(.....)

ข้อ ๑๑ กรณี มอบอำนาจ

ข้าพเจ้า ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี บัตรประชาชนเลขที่.....
เบอร์โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้ ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี บัตรประชาชนเลขที่.....
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยยากไร้.....ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....
เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจแทนข้าพเจ้านี้ ยื่นคำขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ฯ รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ฯ
เพื่อเป็นหลักฐานรับรองหนังสือฉบับนี้ ผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจต่างได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ : กรณีมอบอำนาจให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมรับรองสำเนา ๑) ผู้มอบอำนาจ ๒) ผู้รับมอบอำนาจ

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน
ส่วนราชการ ..องค์การบริหารส่วนจังหวัดสระแก้ว.....

วัน เดือน ปี	รายละเอียดรายจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
.....	ค่าพาหนะเดินทาง (ขาไป) จากบ้านเลขที่ (ระบุ) ถึง โรงพยาบาล.....		
.....	ค่าพาหนะเดินทาง (ขากลับ) จากโรงพยาบาล (ระบุ) ถึง บ้านเลขที่		
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น			

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร)

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....-..... สังกัด

..... ขอรับรองว่ารายการจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียก

ใบเสร็จรับเงินจากผู้รับเงินได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของทางราชการโดยแท้

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงิน

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ : ค่าใช้จ่ายในการเดินทางสำหรับผู้ป่วยที่ยากไร้ เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ ตามที่จ่ายจริง

ตัวอย่าง

แบบ บก.๑๑๑

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน
ส่วนราชการ ..องค์การบริหารส่วนจังหวัดสระแก้ว.....

วัน เดือน ปี	รายละเอียดรายจ่าย	จำนวนเงิน		หมายเหตุ
15 ม.ค. 2568	- ค่าพาหนะรับจ้างเหมา จากบ้านเลขที่ 11 หมู่ 1 ตำบลวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ถึง โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี	1,000	.-	ขาไป
15 ม.ค. 2568	- ค่าพาหนะรับจ้างเหมา จากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์-เฉลิมพระเกียรติ ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ถึง บ้านเลขที่ 11 หมู่ 1 ตำบลวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว	1,000	.-	ขากลับ
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น		2,000	.-	

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร)สองพันบาทถ้วน.....

ข้าพเจ้า นายบุญมี บุญมาก ตำแหน่ง.....

สังกัด..... ขอรับรองว่ารายการจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียก
ใบเสร็จรับเงินจากผู้รับเงินได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของทางราชการโดยแท้

ลงชื่อ.....นายบุญมี บุญมาก.....ผู้ขอรับเงิน

(.....)

วันที่.....



เอกสารประกอบการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด
องค์การบริหารส่วนจังหวัดสระแก้ว

เอกสารประกอบการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยยากไร้	หมายเหตุ
๑. <u>แบบคำขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสระแก้ว</u> (กรอกให้ครบถ้วนสมบูรณ์ พร้อมลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอฯ และเจ้าหน้าที่รับคำขอฯ)	สำเนาอย่างละ ๑ ฉบับ และรับรองสำเนา ถูกต้อง
๒. <u>สำเนาหนังสือขอรับความช่วยเหลือของ พมจ. และ แบบคำขอรับการช่วยเหลือผู้ประสบ ปัญหาทางสังคมกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์</u> (กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)	
๓. <u>สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยยากไร้/ผู้ยื่นคำขอฯ และสมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกันจริง</u> (กรณีมีผู้ปกครองหรือมอบอำนาจ ต้องมีสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ทั้ง ๒ ฝ่าย)	
๔. <u>สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วยที่ยากไร้/ผู้ยื่นคำขอฯ</u> (อาศัยและมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดสระแก้ว) (กรณีมีผู้ปกครองหรือมอบอำนาจ ต้องมีสำเนาทะเบียนบ้าน ทั้ง ๒ ฝ่าย)	
๕. <u>สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารของผู้รับเงิน</u> (กรณีผู้ป่วยที่ยากไร้มอบอำนาจ ให้ลงข้อมูลพร้อม ลายมือชื่อการมอบอำนาจในแบบคำขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยยากไร้ขององค์การบริหารส่วน จังหวัดสระแก้ว พร้อมเอกสารสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและทะเบียนบ้าน)	
๖. <u>สำเนาใบนัดพบแพทย์</u>	
๗. <u>ใบรับรองแพทย์ หรือ ใบเสร็จรับเงินสถานพยาบาลของรัฐ</u> (เพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยฯ ได้เข้ารับ การรักษา) หรือเอกสารอื่นที่ยืนยันว่าได้เข้ารับการรักษาจริง จากสถานพยาบาลของรัฐ *ใบรับรองแพทย์ระบุโรค และรายละเอียดการรักษา	
๘. <u>ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน (บก ๑๑๑) กรณีไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับเงินได้</u> * ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน เป็นการรับรองตนเองว่าได้จ่ายเป็นค่าพาหนะเดินทาง เพื่อเข้ารับ รักษาพยาบาลจริง	
๙. <u>ภาพถ่ายการเยี่ยมบ้าน ภาพผู้ป่วยฯ หน้าตรง/ความเจ็บป่วย/สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย</u> (ภายใน - ภายนอกบ้าน)/ที่ชัดเจน พร้อมรูปเจ้าหน้าที่ขณะเยี่ยมบ้าน เพื่อนำมาประกอบการ พิจารณาให้การสงเคราะห์	
๑๐. <u>อื่นๆ (ถ้ามี) เอกสารเพิ่มเติมทางการแพทย์/ภาพถ่ายของยาของผู้ป่วยที่ได้รับฯ /เวชภัณฑ์</u> ในการรักษาผู้ป่วย	

หมายเหตุ : ผู้ป่วยฯ ที่ยื่นคำขอรับการสงเคราะห์ในคราวเดียว (มีการเดินทางไปโรงพยาบาลมากกว่า ๑ ครั้ง/การขอรับการสงเคราะห์)
ให้ระบุรายละเอียดในแบบคำขอฯ ให้ครบถ้วน และแนบเอกสารบัตรนัด ใบรับรองแพทย์/ใบเสร็จรับเงิน และแบบใบรับรองแทน
ใบเสร็จรับเงิน (บก.๑๑๑) ของทุกครั้ง

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ - นามสกุล : นางสาวปุกฤษฏีสา เหลือกเงิน ตำแหน่ง : นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ

เบอร์โทรศัพท์ : ๐๓๗-๒๔๐-๙๙๙ ต่อ ๑๑๑, ๑๖๒, ๑๖๗ , ๐๘๗ ๐๗๘ ๔๖๓๓