**แบบบันทึกข้อมูลขอรับบริการทางสังคม เพื่อขอรับการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยที่ยากไร้**

**องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ**

**ลำดับที่.............................**

**วันที่รับเรื่อง.................../......................../.............**

**1. ประเภทผู้ขอรับบริการ/ได้รับความเดือดร้อน (เลือกเพียง 1 รายการเท่านั้น)**

🗌 เด็ก 🗌 คนพิการ 🗌 ผู้สูงอายุ 🗌 ผู้มีรายได้น้อย 🗌 สตรี 🗌 ผู้ป่วยเอดส์

 🗌 ผู้มีรายได้น้อย 🗌 อื่น ๆ ระบุ.............................................................................

**2. ข้อมูลผู้ขอรับบริการ/ได้รับความเดือดร้อน**

 คำนำหน้าชื่อ................................ชื่อ – สกุล...................................................................................................................................................เพศ......................................

 วันเดือนปีเกิด....................../................................/..................อายุ...................ปี เชื้อชาติ..............................สัญชาติ..............................ศาสนา...................................

 เลขประจำตัวประชาชน ……-................................-…………………………-………..-………. กรณีไม่มี เนื่องจาก............................................................................................

 รหัสประจำบ้าน ................................ - .................................................................-.................

**สถานภาพสมรส** 🗌 โสด 🗌 สมรสอยู่ด้วยกัน 🗌 สมรสแยกกันอยู่ 🗌 หย่าร้าง

 🗌 อยู่ด้วยกันโดยไม่จดทะเบียนสมรส 🗌 หม้าย คู่สมรสเสียชีวิต 🗌 อื่น ๆ ระบุ...............................................................................

 **ระดับการศึกษา** 🗌 ไม่ได้รับการศึกษา 🗌 ประถมศึกษาตอนต้น 🗌 ประถมศึกษาตอนปลาย

 🗌 มัธยมศึกษาตอนต้น 🗌 มัธยมศึกษาตอนปลาย 🗌 กำลังศึกษาอยู่ 🗌 อื่น ๆ ระบุ.........................................

**อาชีพ**............................................................................................................................................................**รายได้**.....................................................บาทต่อปี/เดือน/วัน

**ที่อยู่ปัจจุบัน** 🗌 บ้านตนเอง 🗌 บ้านเช่า 🗌 บ้านญาติ 🗌 บ้านพักของผู้จ้าง 🗌 อื่น ๆ ระบุ.........................................

 **บ้านเลขที่**.......................หมู่บ้าน..................................................หมู่ที..................ตรอก/ซอย......................................................ถนน......................................................

 ตำบล.................................................อำเภอ..............................................จังหวัด........................รหัสไปรษณีย์.......................โทรศัพท์.....................................................

**3. ผู้ร้องขอแทนผู้ขอรับบริการ** 🗌 เป็นบุคคลคนเดียวกัน ข้อ 2

คำนำหน้าชื่อ................................ชื่อ – สกุล.................................................................................................................ตำแหน่ง.................................................................

 บ้านเลขที่.......................หมู่บ้าน..................................................หมู่ที..................ตรอก/ซอย.......................................................ถนน......................................................

 ตำบล.................................................อำเภอ..............................................จังหวัด........................รหัสไปรษณีย์.......................โทรศัพท์.....................................................

**ความสัมพันธ์กับผู้ขอรับบริการในข้อ 2** เกี่ยวข้องเป็น..........................................................................................................................................................................

**4. ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อยู่อาศัยอยู่ร่วมกันจริงในปัจจุบัน)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ที่ | ชื่อ – สกุล | เพศ | ว/ด/ป.เกิด | เกี่ยวข้องเป็น | การศึกษา | อาชีพ | รายได้ (บาท) | สุขภาพ |
| เลขประจำตัวประชาชน |
|  | ชื่อ |  |  |  |  |  |  |  |
| ……-.......................-…………………-………...-….… |
|  | ชื่อ |  |  |  |  |  |  |  |
| ……-.......................-…………………-………...-….… |
|  | ชื่อ |  |  |  |  |  |  |  |
| ……-.......................-…………………-………...-….… |
|  | ชื่อ |  |  |  |  |  |  |  |
| ……-.......................-…………………-………...-….… |
|  | ชื่อ |  |  |  |  |  |  |  |
| ……-.......................-…………………-………...-….… |

**รายได้เฉลี่ยของสมาชิกในครอบครัว**............................................บาท/ปี **รายจ่ายเฉลี่ยสมาชิกในครอบครัว**...............................................บาท/ปี

**ภาระหนี้สิน** 🗌 ไม่มี 🗌 มี ในระบบ จำนวน...................................บาท นอกระบบ จำนวน........................................บาท

**5. สภาพความเดือดร้อนของผู้ขอรับบริการ** (ตอบได้มากกว่า 1 รายการ)

🗌 เป็นโรคอันตรายร้ายแรง 🗌 เจ็บป่วยเรื้อรัง 🗌 ครอบแครัวแตกแยก 🗌 มีภาระเลี้ยงดูเด็ก คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง

🗌 ถูกทอดทิ้ง 🗌 ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู 🗌 ค่ารักษาพยาบาล 🗌 ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล.......................................................

🗌 เด็กกำพร้า/ถูกทอดทิ้ง 🗌 บุคคลพิการ 🗌 ไม่มีที่อยู่อาศัย 🗌 ไม่มีทุนประกอบอาชีพ 🗌 ไม่มีงานทำ/ว่างงาน

🗌 มีหนี้สิน 🗌 อื่น ๆ ระบุ............................................................................................................................................................................................

 เคยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น 🗌 ไม่เคย 🗌 เคย จากหน่วยงาน....................................................................................................................................

 เรื่อง.....................................................................................................................................

 /6. ความต้องการ.............

- 2 -

**6. ความต้องการให้ช่วยเหลือ** (ตอบได้มากกว่า 1 รายการ)

🗌 เงินสงเคราะห์ครอบครัว 🗌 เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ติดเชื้อเอดส์ 🗌 เครื่องช่วยความพิการระบุ.............................

🗌 ส่งเข้ารับการรักษา/ทำกายภาพบำบัด 🗌 เงินทุน/อุปกรณ์การศึกษา 🗌 เงินทุนประกอบอาชีพ 🗌 ที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน

🗌 คำปรึกษา/แนะนำ 🗌 ค่าเดินทางไปรักษาพยาบาล 🗌 อื่น ๆ ระบุ................................................................................................

**7. ความช่วยเหลือของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด/องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลตำบล**

🗌 เงินสงเคราะห์ครอบครัว 🗌 เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ติดเชื้อเอดส์ 🗌 เครื่องช่วยความพิการระบุ.................................

🗌 ส่งเข้ารับการรักษา/ทำกายภาพบำบัด 🗌 เงินทุน/อุปกรณ์การศึกษา 🗌 เงินทุนประกอบอาชีพ 🗌 ที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน

🗌 คำปรึกษา/แนะนำ 🗌 ค่าเดินทางไปรักษาพยาบาล 🗌 อื่น ๆ ระบุ................................................................................................

**8. กรณีขอรับความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าเดินทางไปรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล**.......................................................................................................................................

 **เพื่อรับการรักษาโรค** 🗌 ฟอกไต/ฟอกเลือด 🗌 มะเร็ง............................................ 🗌 เบาหวาน

🗌 โรคผิวหนัง 🗌 อื่น ๆ ระบุ....................................................................................................................................

**ความถี่ในการไปโรงพยาบาลตามที่แพทย์นัด** 🗌 สัปดาห์ละ..........ครั้ง 🗌 เดือนละ................ครั้ง 🗌 ทุก ๆ .............เดือน

 🗌 อื่น ๆ ระบุ.....................................................................................................................................................

**ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล** 🗌 ค่าเหมารถจากบ้าน – โรงพยาบาล จำนวนเงิน..................................บาท

 🗌 ค่ารถรับจ้างจากบ้าน – สถานีขนส่ง จำนวนเงิน.............................บาท

 🗌 ค่าโดยสารรถยนต์ประจำทาง จากสถานีขนส่ง – โรงพยาบาล จำนวนเงิน.........................บาท

 🗌 ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง กรณีใช้รถส่วนบุคคล จำนวนเงิน.................................บาท

 🗌 อื่น ๆ ระบุ.......................................................................จำนวนเงิน................................บาท

 รวมเป็นเงิน..............................................................บาท

 ลงชื่อ..........................................................................ผู้ขอรับบริการ/ผู้ร้องแทน

 (.......................................................................)

**9. ความเห็นของกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน**

 🗌 เห็นควรช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ยื่นคำขอเป็นผู้ได้รับความเดือดร้อนจริง

 🗌 อื่น ๆ ................................................................................................................

ลงชื่อ..........................................................................กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน

 (.......................................................................)

 ตำแหน่ง....................................................................................

**10. ความเห็นของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น**

 🗌 เห็นควรช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ยื่นคำขอเป็นผู้ได้รับความเดือดร้อนจริง

 🗌 อื่น ๆ ................................................................................................................

ลงชื่อ..........................................................................ผู้สอบข้อเท็จจริง/วิเคราะห์ปัญหา

 (.......................................................................)

 ตำแหน่ง....................................................................................

/11. ความเห็น......

-3-

**11. ความเห็นของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด**

 🗌 เห็นควรช่วยเหลือเบื้องต้น

 🗌 ส่งต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพื่อช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล

ลงชื่อ..........................................................................ผู้สอบข้อเท็จจริง/วิเคราะห์ปัญหา

 (.......................................................................)

 ตำแหน่ง....................................................................................

**12. มติของคณะกรรมการดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ครั้งที่..................../..................**

 **เมื่อวันที่.............................................................................................................................................**

 **🗌 อนุมัติ**

🗌 ค่าเหมารถจากบ้าน – โรงพยาบาล จำนวนเงิน..................................บาท

 🗌 ค่ารถรับจ้างจากบ้าน – สถานีขนส่ง จำนวนเงิน..................................บาท

 🗌 ค่าโดยสารรถยนต์ประจำทาง จากสถานีขนส่ง – โรงพยาบาล จำนวนเงิน.................................บาท

 🗌 ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง กรณีใช้รถส่วนบุคคล จำนวนเงิน..................................บาท

 🗌 อื่น ๆ ระบุ....................................................................... จำนวนเงิน..................................บาท

 รวมเป็นเงิน..............................................................บาท

 **🗌 ไม่อนุมัติ เนื่องจาก............................................................................................................................................................**

 **🗌 อื่น ๆ ระบุ.......................................................................................................................................................................**

ลงชื่อ..........................................................................เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ

 (.......................................................................)

 ตำแหน่ง.