

ที่ ขย ๓๕๒๐๕/๑๐๕



องค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม
อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ๓๖๑๔๐

๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

เรื่อง ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบบันทึกข้อมูลขอรับบริการทางสังคม

จำนวน ๑ ชุด

ตามที่กระทรวงมหาดไทยได้ออกระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือปฏิบัติโดยระเบียบดังกล่าวได้ลงประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ เป็นต้นไป ซึ่งองค์การบริหารส่วนจังหวัดได้ชักซ้อมแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นั้น

เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย องค์การบริหารส่วนตำบลหนองขามจึงขอส่งแบบบันทึกข้อมูลขอรับบริการทางสังคม เพื่อขอรับความช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่ส่งมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ


(นายสมนึก เลียงพรม)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม

กองสวัสดิการสังคม อบต.หนองขาม

โทรศัพท์ ๐๔๔-๐๕๖๕๕๓

โทรสาร ๐๔๔-๐๕๖๕๕๒

จรธ ๒๗
25/2/63
(11.10%)

องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ

ลำดับที่.....

วันที่รับเรื่อง...../...../.....

๑. ประเภทผู้ขอรับบริการ/ได้รับความเดือดร้อน (เลือกเพียง ๑ รายการเท่านั้น)

- ☐ เด็ก ☐ คนพิการ ☐ ผู้สูงอายุ ☒ ผู้มีรายได้น้อย ☐ สตรี ☐ ผู้ป่วยเอดส์
- ☐ ผู้มีรายได้น้อย ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

๒. ข้อมูลผู้ขอรับบริการ/ได้รับความเดือดร้อน

คำนำหน้าชื่อ นาง ชื่อ - สกุล หนูโน พงษ์จันทร์ เพศ นาง
 วันเดือนปีเกิด 1 / กุมภาพันธ์ / 2542 อายุ 26 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ
 เลขประจำตัวประชาชน 3-3103-00338-637 กรณีไม่มี เนื่องจาก.....
 รหัสประจำบ้าน 0603-006234-4

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☒ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ สมรสแยกกันอยู่ ☐ หย่าร้าง
☐ อยู่ด้วยกันโดยไม่จดทะเบียนสมรส ☐ หม้าย คู่สมรสเสียชีวิต ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
 ระดับการศึกษา ☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☒ ประถมศึกษาตอนต้น ☐ ประถมศึกษาตอนปลาย
☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ กำลังศึกษาอยู่ ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

อาชีพ ทำนา รายได้ 7,200 / 600 / 20 บาทต่อปี/เดือน/วัน

ที่อยู่ปัจจุบัน ☒ บ้านตนเอง ☐ บ้านเช่า ☐ บ้านญาติ ☐ บ้านพักของผู้จ้าง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
 บ้านเลขที่ 113 หมู่บ้าน ชนบท หมู่ที่ 3 ตรอก/ซอย..... ถนน.....
 ตำบล หนองกุ่ม อำเภอ โคกโพธิ์ไชย จังหวัด ชัยภูมิ รหัสไปรษณีย์ 36140 โทรศัพท์ 081-0461973

๓. ผู้ร้องขอแทนผู้ขอรับบริการ ☐ เป็นบุคคลคนเดียวกัน ข้อ ๒

คำนำหน้าชื่อ..... ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง.....
 บ้านเลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
 ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ความสัมพันธ์กับผู้ขอรับบริการในข้อ ๒ เกี่ยวข้องเป็น.....

๔. ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อยู่อาศัยอยู่ร่วมกันจริงในปัจจุบัน)

ที่	ชื่อ - สกุล	เพศ	ว/ด/ปเกิด	เกี่ยวข้องเป็น	การศึกษา	อาชีพ	รายได้ (บาท)	สุขภาพ
	ชื่อ <u>นาง หนูโน พงษ์จันทร์</u>	นาง	<u>11/02/42</u>	สามี	<u>ป.4</u>	<u>ทำนา</u>	<u>600/เดือน</u>	<u>โรคหัวใจ</u>
	ชื่อ <u>นาง บุณย์ พงษ์จันทร์</u>	นาง	<u>5/3/49</u>	ภรรยา	<u>ป.4</u>	<u>ทำนา</u>	<u>100/เดือน</u>	<u>แข็งแรง</u>
	ชื่อ <u>นาง กัญญา พงษ์จันทร์</u>	นาง	<u>31/5/51</u>	บุตรสาว	<u>ป.3</u>	<u>ทำนา</u>	<u>2000/เดือน</u>	<u>แข็งแรง</u>
	ชื่อ <u>นางสาว อาริยา พงษ์จันทร์</u>	นางสาว	<u>26/1/53</u>	ลูกสาว	<u>ม.6</u>	<u>ทำนา</u>	<u>2000/เดือน</u>	<u>แข็งแรง</u>
	ชื่อ <u>เด็กชาย ขอนเพชร บุญยัง</u>	ชาย	<u>8/11/55</u>	ลูกชาย	<u>ชั้นประถมศึกษา</u>	<u>ทำนา</u>	<u>-</u>	<u>แข็งแรง</u>

รายได้เฉลี่ยของสมาชิกในครอบครัว 62000 บาท/ปี รายจ่ายเฉลี่ยสมาชิกในครอบครัว 50000 บาท/ปี
 การหนี้สิน ☐ ไม่มี ☒ มี ในระบบ จำนวน 200000 บาท นอกในระบบ จำนวน..... บาท

๕. สภาพความเดือดร้อนของผู้ขอรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

- ☐ เป็นโรคอันตรายร้ายแรง ☐ เจ็บป่วยเรื้อรัง ☐ ครอบครัวแตกแยก ☐ มีภาระเลี้ยงดูเด็กคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง
- ☐ ถูกทอดทิ้ง ☐ ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู ☐ ค่ารักษาพยาบาล ☒ ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล ☒ มีหนี้สินมากเกินกว่า
- ☐ เด็กกำพร้า/ถูกทอดทิ้ง ☐ บุคคลพิการ ☐ ไม่มีที่อยู่อาศัย ☐ ไม่มีทุนประกอบอาชีพ ☐ ไม่มีงานทำ/ว่างงาน
- ☐ มีหนี้สิน ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

เคยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น ☒ ไม่เคย ☐ เคย จากหน่วยงาน.....
 เรื่อง.....

๘. ความช่วยเหลือที่ได้รับจากหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด/องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลตำบล
- ☐ เงินสงเคราะห์ครอบครัว ☐ เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ☐ เครื่องช่วยความพิการระบุ.....
☐ ส่งเข้ารับการรักษ/ทำกายภาพบำบัด ☐ เงินทุน/อุปกรณ์การศึกษา ☐ เงินทุนประกอบอาชีพ ☐ ที่อยู่อาศัย/ทำกิน
☐ ค่าปรึกษา/แนะนำ ☒ ค่าเดินทางไปรักษาพยาบาล ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
๙. ความช่วยเหลือของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด/องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลตำบล
- ☐ เงินสงเคราะห์ครอบครัว ☐ เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ☐ เครื่องช่วยความพิการระบุ.....
☐ ส่งเข้ารับการรักษ/ทำกายภาพบำบัด ☐ เงินทุน/อุปกรณ์การศึกษา ☐ เงินทุนประกอบอาชีพ ☐ ที่อยู่อาศัย/ทำกิน
☐ ค่าปรึกษา/แนะนำ ☒ ค่าเดินทางไปรักษาพยาบาล ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

๑๐. กรณีขอรับความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าเดินทางไปรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิร

เพื่อการรักษาโรค ☐ ฟกโต/ฟกเลือด ☐ มะเร็ง..... ☐ เบาหวาน
☐ โรคผิวหนัง ☒ อื่น ๆ ระบุ โรคหัวใจ

ความถี่ในการไปโรงพยาบาลตามที่แพทย์นัด ☐ สัปดาห์ละ.....ครั้ง ☐ เดือนละ.....ครั้ง ☐ ทุก ๆเดือน

☒ อื่น ๆ ระบุ ตามแพทย์นัดหมาย

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 นายเนติพงษ์ พงษ์จันทร์ ผู้ขอรับบริการ/ผู้ร้องแทน

๑๑. ความเห็นของผู้นำท้องถิ่น

- ☒ เห็นควรช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ยื่นคำขอเป็นผู้ได้รับความเดือดร้อนจริง
☐ อื่น ๆ

ลงชื่อ นายเนติพงษ์ พงษ์จันทร์ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน

(นายเนติพงษ์ พงษ์จันทร์)

ตำแหน่ง กม. ๖๐๖.

๑๒. ความเห็นของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- ☐ เห็นควรช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ยื่นคำขอเป็นผู้ได้รับความเดือดร้อนจริง
☐ อื่น ๆ

ลงชื่อ นายสมนึก เลียงพรม ผู้สอบข้อเท็จจริง/วิเคราะห์ปัญหา

(นายสมนึก เลียงพรม)

ตำแหน่ง นักวิชาการบริหารส่วนตำบลหนองขาว