

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล
เทศบาลตำบลท่าเตื่อ - มีดกา ตำบลท่าเตื่อ อำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่

คำขอเลขที่...../.....
(เจ้าหน้าที่กรอก)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลผู้ป่วยที่ขอรับความช่วยเหลือ

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

๒.เลขประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

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

๔. ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ บ้านตนเอง ☐ บ้านเช่า ☐ อาศัยอยู่กับญาติ ☐ ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง
☐ อื่นๆ ระบุ.....

๕. สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ สมรสแยกกันอยู่ ☐ หย่าร้าง ☐ หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

๖. ป่วยเป็นโรค.....

อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

.....

.....

.....

๗.ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อยู่อาศัยอยู่ร่วมกันจริงในปัจจุบัน)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ส่วนที่ ๒ ปัญหาความเดือดร้อนของผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับความเดือดร้อนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำรงชีพ ดังนี้ (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ☐ ๑ เป็นผู้ป่วยติดเตียง
- ☐ ๒ เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
- ☐ ๓ เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล
- ☐ ๔ เป็นผู้ป่วยยากไร้
- ☐ ๕ เป็นผู้ป่วยไร้ที่พึ่ง
- ☐ ๖ เป็นผู้ป่วยพิการประเภท
- ☐ ๖.๑ ความพิการทางการมองเห็น
 - ☐ ๖.๒ ความพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย
 - ☐ ๖.๓ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
 - ☐ ๖.๔ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
 - ☐ ๖.๕ ความพิการทางสติปัญญา
 - ☐ ๖.๖ ความพิการทางออทิสติก

ส่วนที่ ๓ ผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย (ถ้าผู้ป่วยยื่นคำขอเองไม่ต้องกรอก)

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

ส่วนที่ ๔ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาประกอบคำขอ ดังนี้

- ☐ ๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย
- ☐ ๒ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย
- ☐ ๓ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ป่วย
- ☐ ๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นที่ให้ถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากการให้ข้อมูลของข้าพเจ้าไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เทศบาลตำบลท่าเตื่อ - มีดกา ระงับการช่วยเหลือและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

วันที่.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงและคุณสมบัติผู้ขอรับความช่วยเหลือ

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลท่าเตื่อ – มีดกา

คณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงและคุณสมบัติผู้ขอรับความช่วยเหลือ มีความเห็นดังนี้

- ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน
- ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานกรรมการ

ลงชื่อ.....

(.....)

กรรมการ

ลงชื่อ.....

(.....)

กรรมการ