



ประกาศเทศบาลตำบลทุ่งข้าวพวง  
เรื่อง การรับลงทะเบียนเพื่อขอรับการช่วยเหลือ กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล  
ศูนย์ช่วยเหลือประชาชนของเทศบาลตำบลทุ่งข้าวพวง

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๖ หมวด ๔ การให้ความช่วยเหลือประชาชนด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต ข้อ ๑๓ กำหนดให้การให้ความช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต นอกจากกรณีการช่วยเหลือด้านสาธารณสุขภัยฉุกเฉิน ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศให้ประชาชนที่ประสงค์จะขอรับความช่วยเหลือ ยื่นลงทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเสนอคณะกรรมการตามข้อ ๙ ประกอบกับหนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๐๘.๒/ว๗๕๐๘ ลงวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๑ ได้แจ้งหลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้รถเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจัดบริการสาธารณะเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ได้อย่างถูกต้องภายใต้กฎหมายระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยการจัดบริการสาธารณะเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในกรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจดำเนินการได้ตามหลักเกณฑ์และวิธีการ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับความช่วยเหลือจะต้องเป็นผู้ที่ได้ลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๖ นั้น

ดังนั้น เพื่อเป็นการให้ความช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลทุ่งข้าวพวง เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด จึงประกาศรับลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล ตามแบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน (แบบท้ายประกาศฯ) โดยกำหนดมาตรการ คุณสมบัติ และหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๑. การช่วยเหลือ เป็นการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลของรัฐ
๒. คุณสมบัติผู้มีสิทธิลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือ
  - ๒.๑ มีสัญชาติไทย
  - ๒.๒ เป็นผู้มิใช่อยู่ในทะเบียนบ้านในเขตเทศบาลตำบลทุ่งข้าวพวง
  - ๒.๓ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับความเดือดร้อนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำรงชีพ ดังนี้
    - (๑) เป็นผู้ป่วยติดเตียง
    - (๒) เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
    - (๓) เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล
    - (๔) เป็นผู้ป่วยยากไร้
    - (๕) เป็นผู้ป่วยไร้ที่พึ่ง
    - (๖) เป็นผู้ป่วยคนพิการ

(๗) กรณีอื่นๆ นอกเหนือจาก (๑) - (๖) ให้อยู่ในการพิจารณาของคณะกรรมการช่วยเหลือประชาชนของเทศบาลตำบลทุ่งข้าวพวง

๓. ขั้นตอนการยื่นคำขอรับความช่วยเหลือ

๓.๑ ประชาชนที่มีคุณสมบัติตามข้อ ๒ สามารถยื่นลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือด้วยตนเอง ณ งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลทุ่งข้าวพวง ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป ถึงวันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ ในวันและเวลาราชการ

๓.๒ ท่านสามารถติดต่อขอรับแบบลงทะเบียนได้ ณ งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลทุ่งข้าวพวง และทางเว็บไซต์ของเทศบาลตำบลทุ่งข้าวพวง [www.tkpm.go.th](http://www.tkpm.go.th)

๔. เอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียน

๔.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย

๔.๒ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย

๔.๓ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ป่วย

๔.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย

ทั้งนี้ ผู้ที่ลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือดังกล่าว จะได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการให้ความช่วยเหลือประชาชนของเทศบาลตำบลทุ่งข้าวพวง และจะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการพิจารณาให้ความช่วยเหลือต่อไป

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๖๘

(นายศรีวอน บุญกองรัตน์)

นายกเทศมนตรีตำบลทุ่งข้าวพวง



แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน กรณีการรับ-ส่ง ผู้ป่วยไปโรงพยาบาล  
เทศบาลตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

คำขอเลขที่...../.....  
เจ้าหน้าที่กรอก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยที่ขอรับความช่วยเหลือ

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

2.หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน  -  -  -  -

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

4.ที่อยู่ปัจจุบัน  บ้านตนเอง  บ้านเช่า  อาศัยอยู่กับญาติ  ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง  
 อื่น ๆ ระบุ.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ 50170

5.สถานภาพ  โสด  สมรสอยู่ด้วยกัน  สมรสแยกกันอยู่  หย่าร้าง  หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

6.บุคคลที่สามารถติดต่อได้ .....หมายเลขโทรศัพท์.....

7.ป่วยเป็นโรค.....

อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

8.ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อยู่อาศัยอยู่ร่วมกันจริงในปัจจุบัน)

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	อายุ	อาชีพ	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	สุขภาพ (แข็งแรง/พิการ/ป่วย)

ส่วนที่ 2 ปัญหาความเดือดร้อนของผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับความเดือดร้อนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำรงชีพ ดังนี้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. เป็นผู้ป่วยติดเตียง
- 2. เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
- 3. เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล
- 4. เป็นผู้ป่วยยากไร้
- 5. เป็นผู้ป่วยไร้ที่พึ่ง

6.เป็นผู้ป่วย...

- 6. เป็นผู้ป่วยพิการประเภท
  - 6.1 ความพิการทางการมองเห็น
  - 6.2 ความพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย
  - 6.3 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย
  - 6.4 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
  - 6.5 ความพิการทางปัญญา
  - 6.6 ความพิการทางการเรียนรู้
  - 6.7 ความพิการทางออทิสติก

ส่วนที่ 3 ผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย (ถ้าผู้ป่วยยื่นคำขอเองไม่ต้องกรอก)

- 1.ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....
- 2.หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน  -  -  -  -
- 3.วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี หมายเลขโทรศัพท์.....
- 4.ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ส่วนที่ 4 ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาประกอบคำขอ ดังนี้

- 1.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- 2.สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย
- 3.สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ป่วย
- 4.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นที่ให้ถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากการให้ข้อมูลของข้าพเจ้าไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เทศบาลตำบลทุ่งข้าวพวงระงับความช่วยเหลือและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ      ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน  
 (.....)      (.....)

วันที่.....      วันที่.....