



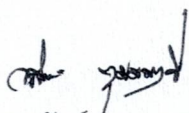
ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลศรีวิชัย
เรื่อง การให้ความช่วยเหลือประชาชน ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต

ตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. ๒๕๓๗ และที่แก้ไขเพิ่มเติม มาตรา ๖๖ (๖) พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ มาตรา ๑๖ (๑๐) ประกอบกับระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ ข้อ ๔ ข้อ ๑๐ ข้อ ๑๓ และข้อ ๑๙ (๒) กำหนดให้ องค์การบริหารส่วนตำบลศรีวิชัย มีอำนาจหน้าที่และค่าใช้จ่ายในการช่วยเหลือประชาชนในเขตตนเอง เพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการส่งเสริมหรือช่วยเหลือบุคคลให้สามารถเข้าถึงปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตได้อย่าง ปกติสุข ในสังคมหรือการส่งเสริมพัฒนาบุคคลให้มีความรู้ สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

เพื่อให้การช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลศรีวิชัย เป็นไปตาม กฎหมาย ระเบียบ หรือหนังสือสั่งการที่เกี่ยวข้องข้างต้น จึงขอแจ้งให้กับประชาชนที่ได้รับความเดือดร้อนหรือไม่ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำรงชีพได้อย่างปกติสุขในสังคม ยื่นขอรับความช่วยเหลือต่อองค์การบริหารส่วน ตำบลศรีวิชัย ตามหลักเกณฑ์การขอใช้รถยนต์กู้ชีพฉุกเฉินขององค์การบริหารส่วนตำบลศรีวิชัย พ.ศ. ๒๕๖๙ (บริการ รับ - ส่ง) ช่องทางการขอรับแบบฟอร์มการขอรับความช่วยเหลือ มีดังนี้

๑. QR Code ท้ายประกาศนี้
 ๒. www.Srivichai.go.th
 ๓. งานสาธารณสุข สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลศรีวิชัย
- จึงประกาศเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๙


(นายวันดี ทูมมนตรี)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศรีวิชัย

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือ



หลักเกณฑ์การขอใช้รถยนต์กู้ชีพฉุกเฉินองค์การบริหารส่วนตำบลศรีวิชัย พ.ศ. ๒๕๖๙
(บริการ รับ - ส่ง)

๑. องค์การบริหารส่วนตำบลศรีวิชัย เรื่อง การให้ความช่วยเหลือประชาชน ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๙

๒. ระยะเวลาการรับลงทะเบียนขอรับการช่วยเหลือ

- ช่วงที่ ๑ วันที่ ๑ - ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๙ ในวันและเวลาราชการ
- ช่วงที่ ๒ วันที่ ๓ - ๑๘ มกราคม ๒๕๗๐ ในวันและเวลาราชการ
- ช่วงที่ ๓ วันที่ ๑ - ๑๕ เมษายน ๒๕๗๐ ในวันและเวลาราชการ
- ช่วงที่ ๔ วันที่ ๑ - ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๗๐ ในวันและเวลาราชการ

๓. ผู้ป่วยติดเตียง/ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (หมอนัดตรวจ ฟังผล รับยา และรับกลับจากโรงพยาบาล) โดยญาติจะต้องมาเขียนคำร้องขอรับความอนุเคราะห์รถยนต์กู้ชีพฉุกเฉินจากองค์การบริหารส่วนตำบลศรีวิชัย โดยนำเอกสารมาด้วย ดังนี้

- ใบนัดแพทย์ของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล
- ต้องยื่นขอรับบริการล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๓ วัน ณ งานสาธารณสุข สำนักปลัด อบต.
- การรับ - ส่ง ต้องมีญาติไปกับผู้ป่วยด้วยเสมอทุกครั้ง ทุกกรณี

๔. ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล ให้กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน, สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล, อสม. ติดต่อลงทะเบียนขอรับการช่วยเหลือ

๕. การรับ ส่งผู้ป่วย จะให้บริการภายในจังหวัดเท่านั้น

๖. การรับ - ส่ง ผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล จะต้องมาลงทะเบียนขอรับการช่วยเหลือของประชาชน การรับ-ส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่งานสาธารณสุข โดยก่อนการช่วยเหลือต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาให้ความช่วยเหลือประชาชน

หมายเหตุ

- กรณีผู้ป่วยติดเตียง (ตามนัดของแพทย์) ไปโรงพยาบาลวานรนิวาส นำส่งสถานพยาบาลแล้ว จะไม่รอรับกลับ เมื่อรับการตรวจเสร็จแล้วให้โทรประสานเพื่อรับกลับ นำส่งที่พักต่อไป
- ผู้ลงทะเบียนขอรับการช่วยเหลือ จะต้องเป็นผู้ที่มีรายชื่ออาศัยอยู่ในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลศรีวิชัยเท่านั้น
- หากไม่สามารถไปตามแพทย์นัด ให้แจ้งล่วงหน้าก่อนถึงวันนัด

๑. ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว).....

๒. เลขบัตรประจำตัวประชาชน -

๓. วัน/เดือน/ปีเกิดอายุปี หมายเลขโทรศัพท์.....

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

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

๖. ป่วยเป็นโรค

อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน

๗. ประวัติการรักษา

 ๑. เข้ารับการรักษาตามนัด (ชื่อโรงพยาบาล.....จังหวัด.....)

 ๒. ผู้ป่วยต้องไปพบแพทย์ ประมาณ.....ครั้ง (สัปดาห์/เดือน)

๘. ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อยู่อาศัยอยู่ร่วมกันจริงในปัจจุบัน)

 ๘.๑ ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....)อายุ..... ปี
 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประกอบอาชีพ
 รายได้บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์.....

 ๘.๒ ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....)อายุ..... ปี
 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประกอบอาชีพ
 รายได้บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์.....

 ๘.๓ ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....)อายุ..... ปี
 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประกอบอาชีพ
 รายได้บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์.....

 ๘.๓ ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....)อายุ..... ปี
 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประกอบอาชีพ
 รายได้บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์.....

ส่วนที่ ๒ ปัญหาความเดือดร้อนของผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับความเดือนร้อนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำรงชีพ ดังนี้ (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ☐ ๑. เป็นผู้ป่วยติดเตียง

☐ ๒. เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

☐ ๓. เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล

☐ ๔. เป็นผู้ป่วยยากไร้

☐ ๕. เป็นผู้ป่วยไร้ที่พึ่งพิง

☐ ๖. เป็นผู้ป่วยพิการประเภท

☐ ๖.๑ ความพิการทางการมองเห็น

☐ ๖.๒ ความพิการทางการได้ยินหรือการสื่อสาร

☐ ๖.๓ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

☐ ๖.๔ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

☐ ๖.๕ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ๖.๖ ความพิการทางอหิสติก

☐ ๖.๗ ความพิการทางการเรียนรู้

ส่วนที่ ๓ ผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย (ถ้าผู้ป่วยยื่นคำเองไม่ต้องกรอก)

๑. ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว).....

๒. เลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

๓. วัน/เดือน/ปีเกิดอายุปี หมายเลขโทรศัพท์.....

๔. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบลศรีวิชัย อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล

ส่วนที่ ๔ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาประกอบคำขอ ดังนี้

- ☐ ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
 - ☐ ๒. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย
 - ☐ ๓. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ป่วย
 - ☐ ๔. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นถูกต้องเป็นความจริงทุกประการ หากการให้ข้อมูลของข้าพเจ้า ไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้องค์การบริหารส่วนตำบลศรีวิชัย ระงับการช่วยเหลือ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

ตำแหน่ง

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงและคุณสมบัติผู้ขอรับความช่วยเหลือ

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศรีวิชัย

คณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงและคุณสมบัติผู้ขอรับความช่วยเหลือ

มีความเห็นชอบ ดังนี้

- ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน
- ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

ลงชื่อ

(.....)

กรรมการ

ลงชื่อ

(.....)

กรรมการ

ลงชื่อ

(.....)

ประธานกรรมการ