

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล
เทศบาลตำบลจอมแจ้ง ตำบลชีเหล็ก อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงใหม่

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 บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบลชีเหล็ก อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงใหม่

☐ บ้านตนเอง ☐ บ้านเช่า ☐ อาศัยอยู่กับญาติ ☐ ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

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

๖. อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน / ป่วยเป็นโรค

.....

.....

.....

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

ผู้ป่วยได้รับความเดือดร้อนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ดังนี้ (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ☐ ๑ เป็นผู้ป่วยติดเตียง
☐ ๒ เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
☐ ๓ เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล
☐ ๔ เป็นผู้ป่วยยากไร้
☐ ๕ เป็นผู้ป่วยไร้ที่พึ่ง

- ☐ ๖ เป็นผู้ป่วยพิการประเภท
- ☐ ๖.๑ ความพิการทางการมองเห็น
 - ☐ ๖.๒ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
 - ☐ ๖.๓ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
 - ☐ ๖.๔ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
 - ☐ ๖.๕ ความพิการทางสติปัญญา
 - ☐ ๖.๖ ความพิการทางเรียนรู้
 - ☐ ๖.๗ ความพิการทางออทิสติก

ส่วนที่ ๓ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาประกอบคำขอ ดังนี้

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นที่ให้ถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากการให้ข้อมูลของข้าพเจ้า ไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เทศบาลตำบลจอมแจ้ง ระวังการช่วยเหลือและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน
(.....)
วันที่.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงและคุณสมบัติผู้ขอรับความช่วยเหลือ
เรียน นายกเทศมนตรีตำบลจอมแจ้ง

คณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงและคุณสมบัติผู้ขอรับความช่วยเหลือ มีความเห็นดังนี้

- ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน
- ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

ลงชื่อ.....
(นายยรรยง อุ่นใจ)
ประธานกรรมการ

ลงชื่อ.....
(นายณวัตร โสทธิถาวร)
กรรมการ/เลขานุการ

ลงชื่อ.....
(นายไพโรจน์ ไพโรจน์สกุล)
กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ