

เอกสารประกอบยื่นคำขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย
ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐

๑. ยื่นคำขอรับการสงเคราะห์ฯ (แบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม จำนวน ๑ ชุด
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์) เป็นไปตามที่ระเบียบกระทรวงมหาดไทย
ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐ กำหนด
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย (รับรองสำเนาถูกต้อง) อย่างละ ๑ ฉบับ
๓. สำเนาใบนัดของสถานพยาบาลของรัฐ หรือสำเนาหนังสือส่งตัวไปรักษาสถานพยาบาลอื่นๆ จำนวน ๑ ฉบับ
(อย่างใดอย่างหนึ่งแล้วแต่กรณี)
๔. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารของผู้ป่วย (กรณีเด็ก บัญชีธนาคารเด็กหรือผู้ปกครองเพื่อเด็ก) จำนวน ๑ ฉบับ
๕. ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐ (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ
หรือหลักฐานอื่นที่ระบุว่าเข้ารับการรักษาพยาบาลในวันนั้นจริง
๖. ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน จำนวน ๑ ฉบับ
๗. สำเนารายการจดทะเบียนรถยนต์ของเจ้าของรถ และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน อย่างละ ๑ ฉบับ
ของเจ้าของรถ (กรณีจ้างเหมารถแบบขอรับการสงเคราะห์ฯ ข้อ ๓)
๘. สำเนาเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี) เช่น ภาพถ่ายผู้ป่วย ความเป็นอยู่

*กรณีผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ยื่นแทน อย่างละ ๑ ฉบับ

ผู้ป่วยยากไร้ อบจ.สน. เลขที่...../๒๕..... วันที่รับคำขอ.....

- ☐ โดยตรง
☐ ผ่าน อปท. อื่นๆ
☐ ผ่าน พมจ.

แบบขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร
ในการขอรับค่าเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษายาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน ----อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดสกลนคร เบอร์โทรศัพท์.....
มีความประสงค์ยื่นคำขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร ของ
☐ ตนเอง
☐ นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ.อายุ.....ปี
เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ยื่นคำร้อง

ข้อมูลผู้ป่วย

นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ.อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน ----อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดสกลนคร เบอร์โทรศัพท์.....
ป่วยด้วยอาการ/โรค.....สถานพยาบาลที่รักษา.....
อำเภอ.....จังหวัด.....ความถี่ในการไปรักษา.....ครั้ง/เดือน
☐ รักษาครั้งแรก ☐ รักษาต่อเนื่อง ☐ อื่นๆ.....
☐ เป็นคนไข้ในพระราชานุเคราะห์ ☐ เป็นคนไข้ทั่วไป

ข้าพเจ้าเคยได้รับเงินสงเคราะห์จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ
พ.ศ.จำนวน.....ครั้ง/ปี เป็นเงิน.....บาท (.....)

ข้าพเจ้ามีค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับการรักษาพยาบาลไม่เพียงพอ จึงขอรับการสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการ
เดินทางไปรักษาพยาบาล เป็นค่าพาหนะเดินทาง ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วย
ที่ยากไร้ ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจสอบและพบว่าข้อมูลส่วนใดส่วนหนึ่ง
ไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ระงับการช่วยเหลือ และคืนเงินค่าพาหนะเดินทางที่ได้รับตามระเบียบฯ
ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร

ลงชื่อ.....ผู้ยื่น
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรองข้อมูล
(.....)
ตำแหน่ง.....(จนท. อปท.)

หมายเหตุ

๑. การขอรับการช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยที่ยากไร้ดำเนินการขอรับการสงเคราะห์จากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ก่อน
๒. หากผู้ป่วยยากไร้ไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ สามารถประทับลายนิ้วมือได้
๓. หากยื่นคำร้องผ่าน อปท.ให้เทศบาล หรือ องค์การบริหารส่วนตำบล จัดทำหนังสือนำเสนอเอกสารข้างต้นไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนครด้วย
๔. สอบถามเพิ่มเติม ฝ่ายส่งเสริมสวัสดิการสังคม กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร โทร. ๐ ๔๒๗๑ ๘๙๓๐

สำหรับเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร

ตรวจสอบแล้ว ☐ เอกสารครบถ้วน ☐ เอกสารไม่ครบถ้วน

เป็นผู้ป่วยยากไร้ ที่ขอรับการสงเคราะห์ช่วยเหลือเป็นค่าเดินทางไปรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ
จากองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

ครั้งที่.....๑.....เมื่อวันที่.....เป็นเงิน.....บาท (.....)

ครั้งที่.....๒.....เมื่อวันที่.....เป็นเงิน.....บาท (.....)

ครั้งที่.....๓.....เมื่อวันที่.....เป็นเงิน.....บาท (.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ อบจ.สกลนคร
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

หมายเหตุ

- | | |
|---|----------------|
| ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ สำเนาใบนัดของสถานพยาบาลของรัฐ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| หรือสำเนาหนังสือส่งตัวไปรักษาสถานพยาบาลอื่นๆ (อย่างไรอย่างหนึ่งแล้วแต่กรณี) | |
| ☐ สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐ (ถ้ามี) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน(ตามแบบที่กำหนด) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ สำเนารายการจดทะเบียนรถยนต์ของเจ้าของรถ และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | อย่างละ ๑ ฉบับ |
| ของเจ้าของรถ (กรณีจ้างเหมารถแบบขอรับการสงเคราะห์ฯ ข้อ ๓) | |
| ☐ สำเนาเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)..... | |

***กรณีผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย**

- | | |
|--|----------------|
| ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ยื่นแทนผู้ป่วย | อย่างละ ๑ ฉบับ |
|--|----------------|

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน
ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ

เขียนที่.....

วันที่.....

วัน เดือน ปี	รายละเอียดรายจ่าย	จำนวนเงิน (บาท)		หมายเหตุ
	- ค่าเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐ ของผู้ป่วยยากไร้ ราย เดินทางโดยด้วย จากบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล อำเภอ.....จังหวัดสกลนคร ถึงโรงพยาบาล อำเภอ.....จังหวัด 			
(ตัวอักษร) รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (.....)				

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้น ไม่อาจเรียกเก็บ
ใบเสร็จรับเงินจากผู้รับเงินได้ และข้าพเจ้าได้ทตรงจ่ายเงินไปในการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาล
ของรัฐเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ใบสำคัญรับเงิน
สำหรับผู้ยื่นคำร้อง/ผู้ยื่นคำขอ
ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ

ชื่อส่วนราชการ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร
โครงการ ค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดสกลนคร ได้รับเงินจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร
ตามรายการดังต่อไปนี้

รายละเอียดรายจ่าย	จำนวนเงิน (บาท)	
-รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร ค่าเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐตามระเบียบ กระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหาร ส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐		-
(ตัวอักษร) รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ()		-

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

สำหรับ เจ้าหน้าที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เท่านั้น

ครั้งที่.....ปี.....

เลขที่แบบบันทึก.....วันที่รับเรื่อง.....

การเข้ารับบริการ ☐ Walk in ☐ ออกหน่วยเคลื่อนที่ ☐ สำรวจ ☐ รับจากองค์กร/หน่วยงานภายนอก.....

ชื่อ-นามสกุล ผู้สำรวจ/รับเรื่อง/สอบข้อเท็จจริง.....ตำแหน่ง.....



แบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

1. ผู้ยื่นคำร้อง / ผู้แจ้งแทน (กรณีไม่สามารถยื่นคำร้องได้ด้วยตนเอง) / ผู้ยื่นคำขอ

คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....) ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขที่บัตรประชาชน - กรณีไม่มีเนื่องจาก.....

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

ความสัมพันธ์กับผู้ประสบปัญหา.....ระดับการศึกษาสูงสุด.....

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....ตรอก.....

ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ.....

e-Mail.....

2. ประวัติผู้ประสบปัญหาทางสังคม

2.1 กรณีบุคคลทั่วไป

คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....) ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขที่บัตรประชาชน - กรณีไม่มีเนื่องจาก.....

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ สมรสแยกกันอยู่ ☐ หย่าร้าง ☐ ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน ☐ หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

2.2 กรณีเด็ก

คำนำหน้าชื่อ (ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....) ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขที่บัตรประชาชน - กรณีไม่มีเนื่องจาก.....

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

กรณีเด็ก กรอกข้อมูลเพิ่มเติม ดังนี้

บิดา ชื่อ.....นามสกุล.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี

มารดา ชื่อ.....นามสกุล.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี

ความสัมพันธ์ของผู้อุปการะเด็ก ☐ ปู่ ☐ ย่า ☐ ตา ☐ ยาย ☐ ลุง ☐ ป้า ☐ น้า ☐ อา ☐ ไม่มีความสัมพันธ์ ☐ อื่นๆ.....

สาเหตุของการอุปการะ บิดา ☐ ทอดทิ้ง ☐ เสียชีวิต ☐ ต้องโทษจำคุก ☐ อื่นๆ ระบุ.....

มารดา ☐ ทอดทิ้ง ☐ เสียชีวิต ☐ ต้องโทษจำคุก ☐ อื่นๆ ระบุ.....

[illegible]

5. ประเภทผู้ขอรับบริการ

- ☐ ครอบครัวของเด็ก/เด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน
- ☐ ผู้ตกทุกข์ได้ยากที่ขอให้ช่วยเหลือส่งกลับภูมิลำเนาเดิม
- ☐ ผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน
- ☐ ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยที่ประสบความเดือดร้อนหรือผู้ไร้ที่พึ่ง
- ☐ ครอบครัวคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการและประสบปัญหาความเดือดร้อน
- ☐ สตรีหรือครอบครัวที่ประสบปัญหาทางสังคม
- ☐ ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนและมีความจำเป็นในเรื่องต่างๆ
- ☐ ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง
- ☐ สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีผู้อยู่ในอุปการะ
- ☐ สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ไม่ได้ติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะคนในครอบครัวที่ติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์
- ☐ สตรีที่ติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู
- ☐ สตรีที่สามีย่อย หรือเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะเลี้ยงดูบุคคลในครอบครัว
- ☐ ครอบครัวที่เป็นหัวหน้าครอบครัวติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีผู้อยู่ในอุปการะ
- ☐ ครอบครัวที่เป็นหัวหน้าครอบครัวไม่ได้ติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์
- ☐ ครอบครัวที่หัวหน้าครอบครัวถึงแก่กรรมด้วยโรคเอดส์
- ☐ ผู้ติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู
- ☐ ราษฎรบนพื้นที่สูง ซึ่งเป็นชาวเขาประสบปัญหาความเดือดร้อน

6. สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

6.1 ด้านที่อยู่อาศัย

- ☐ ไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย
- ☐ ไม่มีที่อยู่อาศัย
- ☐ สภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมต่อการพักอาศัย
- ☐ เร่วร้อน

6.2 ด้านสุขภาพอนามัย

- ☐ ติดเชื่อเอดส์ (HIV)/ ป่วยด้วยโรคเอดส์
- ☐ ป่วยเป็นโรคร้ายแรง
- ☐ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน
- ☐ ผู้ป่วยทางจิต
- ☐ หลงลืมชราภาพ
- ☐ ได้รับผลกระทบจากเชื้อเอดส์/ป่วยด้วยโรคเอดส์
- ☐ เจ็บป่วยเรื้อรัง
- ☐ ขาดแคลนกายอุปกรณ์/ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ
- ☐ ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ☐ ติดยาเสพติด
- ☐ โรคซึมเศร้า
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....

6.3 ด้านการศึกษา

- ☐ ขาดโอกาสทางการศึกษา
- ☐ ไม่มีทุนการศึกษา

6.4 ด้านการมีงานทำ และมีรายได้

- ☐ ขาดทุน
- ☐ ถูกเลิกจ้าง/ว่างงาน
- ☐ ไม่มีการออม
- ☐ ไม่มีรายได้
- ☐ ไม่มีที่ดินทำกิน
- ☐ ขาดทักษะในการประกอบอาชีพ
- ☐ ถูกนายจ้างเอารัดเอาเปรียบ
- ☐ ไม่มีงานทำ
- ☐ ไม่มีอาชีพ
- ☐ รายได้ไม่แน่นอน
- ☐ รายได้ไม่พอใช้จ่าย
- ☐ มีหนี้สิน
- ☐ ไม่มีทุนประกอบอาชีพ
- ☐ ยากจน/ไร้ที่พึ่ง
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....

6.5 ด้านครอบครัว

- | | |
|---|--|
| ☐ กำพรว้า | ☐ ครอบครัวแตกแยก/พ่อแม่แยกทาง |
| ☐ ครอบครัวอุปถัมภ์ | ☐ ได้รับการเลี้ยงดูไม่เหมาะสม |
| ☐ ได้รับผลกระทบจากการที่คนในครอบครัวต้องโทษจำคุก | ☐ ต้องดูแลบุคคลในครอบครัว |
| ☐ ต้องรับภาระหน้าที่ในครอบครัวเกินวัย/เกินความสามารถสติปัญญา | ☐ ตั้งครรภ์นอกสมรส |
| ☐ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตร | ☐ ถูกทอดทิ้ง |
| ☐ อยู่ตามลำพังไม่มีผู้ดูแล และมีปัญหาในการดำรงชีวิต | ☐ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม |
| ☐ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลไม่สามารถอุปการะเลี้ยงดูได้ | ☐ พ่อแม่ที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง/พ่อเลี้ยงเดี่ยว |
| ☐ แม่ม่ายที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง/แม่เลี้ยงเดี่ยว | ☐ ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน |
| ☐ ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางคืน ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน | ☐ ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้ |
| ☐ ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านร่างกาย | ☐ ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านจิตใจ |
| ☐ ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านเพศ | ☐ ครอบครัวมีหนี้สิน |
| ☐ ครอบครัวมีภาระเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (อาทิ เด็กคนพิการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดยาเสพติด) | |
| ☐ ผู้ประกอบการมีฐานะยากจน/ขาดแคลน | ☐ ครอบครัวยากจน |

6.6 ด้านความรุนแรงในครอบครัว/สังคม

- | | |
|---|--|
| ☐ เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น | ☐ ทารุณกรรมทางร่างกาย |
| ☐ ทารุณกรรมทางจิตใจ | ☐ ทารุณกรรมทางเพศ |

6.7 ด้านการเป็นผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์

- | | |
|--|---|
| ☐ ตกเป็นเครื่องมือแสวงหาผลประโยชน์อื่นๆ | ☐ ถูกทารุณกรรม/กักขัง/หน่วงเหนี่ยว |
| ☐ ถูกบังคับขอราน | ☐ ถูกบังคับค้าประเวณี |
| ☐ ถูกล่อลวง | ☐ ถูกแสวงหาประโยชน์ทางเพศ |
| ☐ เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น | ☐ ถูกบังคับใช้แรงงาน |
| ☐ ถูกบังคับให้ประพฤติดกฏหมาย | |

6.8 ด้านการเข้าถึงสิทธิและความเป็นธรรมในสังคม

- ☐ ไม่มีค่าพาหนะเดินทางกลับภูมิลำเนา
- ☐ ไม่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐ
- ☐ ยังไม่ยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ
- ☐ ไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร
- ☐ ขอบุตรบุญธรรม
- ☐ การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมระหว่างเพศ
- ☐ ถูกรังเกียจเหยียดหยาม
- ☐ เคยต้องโทษ/ประสบปัญหาการใช้ชีวิตในสังคม
- ☐ ถูกละเมิดทางเพศ
- ☐ ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความรุนแรงทางการเมือง
- ☐ ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบชายแดนภาคใต้
- ☐ ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติภัยแล้ง/ภัยหนาว/วาตภัย/อุทกภัย/อัคคีภัย/แผ่นดินไหว
- ☐ ได้รับผลกระทบจากมลภาวะ/สภาพแวดล้อม

6.9 ด้านสภาพปัญหาสังคมอื่นๆ

- ☐ ประพฤติตนไม่เหมาะสม
- ☐ เสี่ยงต่อการกระทำผิด
- ☐ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนหรือการปรับตัวที่เหมาะสม
- ☐ การอพยพ/หลบหนีเข้าเมือง
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....

7. เรื่องขอรับความช่วยเหลือที่ต้องการ

7.1 ด้านเงิน (ใส่จำนวนเงินด้วย)

	บัญชีท้ายระเบียบลำดับที่
☐ค่าเลี้ยงดู ค่าพาหนะ สำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
☐เกี่ยวกับการศึกษาสำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
☐เงินทุนประกอบอาชีพ สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
☐ค่ารักษาพยาบาล สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
☐ค่ากายอุปกรณ์แก่เด็กพิการและทุพพลภาพ	1
☐อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยป้องกันและแก้ไขความพิการของเด็ก	1
☐ค่าใช้จ่ายในการส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม	2
☐ค่าอาหารระหว่างรอรับการสงเคราะห์ และระหว่างเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม	2
☐ค่าพาหนะส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม	2
☐ค่าเช่าที่พักของผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม	2
☐ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระหว่างรอรับการสงเคราะห์ ระหว่างการเดินทางเพื่อรับการสงเคราะห์หรือกลับภูมิลำเนาเดิม	2
☐เงินอุดหนุนเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน	3
☐ค่าเครื่องอุปโภคบริโภค	4,5,6,9,11
☐ค่าใช้จ่ายในการครองชีพตามความจำเป็น	4,5,6,9,11
☐ค่ารักษาพยาบาล เช่น ค่ายา ค่าอุปกรณ์การรักษา ค่าอาหารที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของทางราชการรวมถึงค่าพาหนะ ค่าอาหาร ระหว่างติดต่อรักษาพยาบาล	4,5,6,9,11
☐ค่าซ่อมแซมที่อยู่อาศัย	4,5,6,9,11
☐เงินทุนประกอบอาชีพ	9,10,11
☐เงินทุนประกอบอาชีพ รวมถึงการรวมกลุ่ม	4,5,6
☐ค่าอาหาร	7
☐ค่าเครื่องนุ่งห่ม	7
☐ค่าพาหนะเดินทาง ค่าอาหาร ค่าเครื่องนุ่งห่ม หรือค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้น แก่ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง	8
☐เงินทุนประกอบอาชีพแก่สตรีที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว	10
☐ค่าวัสดุที่พักชั่วคราว	11
☐อื่นๆ ระบุ	1-11

7.2 ด้านสิ่งของ (ใส่จำนวน ชนิด รายการ ของสิ่งของด้วย)

☐ เครื่องอุปโภคและบริโภค เช่น มุ้ง ผ้าห่มนอน แป้ง นม	
☐ อุปกรณ์การศึกษา ☐ อาหาร ☐ เครื่องนุ่งห่ม ☐ นมผงสำหรับเด็ก ☐ ยารักษาโรค	
☐ อื่นๆ ระบุ	

7.3 ความช่วยเหลืออื่นๆ

☐ส่งไปทำกายภาพบำบัด ☐ ส่งเข้ารับการรักษา/บำบัด ☐ ติดตามหาญาติ	
☐เข้ารับบริการในศูนย์บริการผู้สูงอายุ หรืออยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์คนชรา หรือสถานที่อื่นที่เหมาะสม	
☐แยกผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรมไปพักอาศัยในสถานที่อื่นซึ่งมีความปลอดภัย	
☐นำผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพกาย สุขภาพจิต	
☐แจ้งความต่อพนักงานสอบสวนเพื่อดำเนินคดีต่อผู้กระทำความผิดทารุณกรรม	
☐ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอยู่ด้วย เพื่อทำความเข้าใจให้สามารถดูแลผู้สูงอายุมิให้ถูกทารุณกรรมอีก	
☐ให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับคดีและเรื่องสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ	
☐ให้การฟื้นฟูสภาพร่างกาย สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ให้กลับไปสู่สภาวะปกติ และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย	
☐ส่งกลับภูมิลำเนาเดิม	
☐อื่นๆ ระบุ	

8.สิทธิสวัสดิการที่เคยได้รับ

- ☐ 1. ไม่เคย
- ☐ 2. เคย อะไรบ้างในปีงบประมาณนี้ จำนวน ครั้ง รวมเป็นเงินบาท ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ☐ 2.1 เงินสงเคราะห์
 - ☐ 2.2 เงินทุนประกอบอาชีพ
 - ☐ 2.3 เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
 - ☐ 2.4 เบี้ยความพิการ
 - ☐ 2.5 เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
 - ☐ 2.6 สวัสดิการที่ได้จากการลงทะเบียนโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
 - ☐ 2.7 เงินซ่อมแซมบ้าน
 - ☐ 2.8 สวัสดิการอื่นจากภาครัฐ ระบุ
 - ☐ 2.9 สวัสดิการภาคเอกชน
 - ☐ 2.10 เงินกู้
 - ☐ 2.11 เครื่องช่วยความพิการ
 - ☐ 2.12 อื่นๆ ระบุ.....

9. การรับรองข้อมูลส่วนบุคคล

☐ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระงับสวัสดิการและประโยชน์อื่นๆ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสาร เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าพเจ้าและครอบครัว

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับความช่วยเหลือ

(.....)

ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับคำขอ

(.....)

ลงวันที่.....

ผลการเยี่ยมบ้าน

ตรวจเยี่ยม

เจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยม ชื่อ - สกุลตำแหน่ง

หน่วยงาน.....

ชื่อ - สกุล ของผู้ประสบปัญหาทางสังคม.....

บ้านเลขที่.....

สภาพที่อยู่อาศัย

.....

.....

.....

.....

สภาพปัญหาความเดือดร้อน

.....

.....

.....

.....

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมบ้าน

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้เยี่ยมบ้าน

(.....)

ตำแหน่ง

ลงวันที่.....(ว.ด.ป.ที่เยี่ยมบ้าน)

หมายเหตุ : ผู้เยี่ยมบ้าน หมายถึง เจ้าหน้าที่กระทรวง พม.หรือเจ้าหน้าที่หน่วยบริการในพื้นที่หรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายหรือรับคำขอนี้ หรืออาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.)

ส่วนนี้ สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้วินิจฉัย เท่านั้น

การพิจารณาให้ความช่วยเหลือ

ความเห็นของผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ

☐ ช่วยเหลือเป็นเงิน จำนวน.....บาท หรือ

☐ ช่วยเหลือเป็นสิ่งของ ระบุ ☐ อุปกรณ์การศึกษา

☐ อาหาร

☐ เครื่องนุ่งห่ม

☐ ยารักษาโรค

☐ นมผงสำหรับเด็ก

☐ เครื่องอุปโภคและบริโภค

☐ อื่นๆ ระบุ.....

มูลค่าสิ่งของ จำนวนบาท

ตามระเบียบ/ประกาศ/หนังสือ

เงินอุดหนุนประเภท.....

ลงชื่อผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ

(.....)

ตำแหน่ง

เลขที่.....

วันที่.....เดือนพ.ศ.

หมายเหตุ : ผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ ได้แก่

(๑) ผู้ซึ่งระเบียบ ประกาศ หรือหลักเกณฑ์ว่าด้วยการนั้น กำหนดให้เป็นผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ หรือ

(๒) นักสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต หรือเจ้าหน้าที่อื่นซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในความควบคุมของนักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต หรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าส่วนราชการเจ้าของเงินอุดหนุน

ผลการพิจารณาให้ความช่วยเหลือของคณะกรรมการพิจารณาให้ความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม

วันที่ประชุมคณะกรรมการ.....ครั้งที่.....

☐ ทราบ (เร่งด่วน)

☐ คุณสมบัติผู้ประสบปัญหาทางสังคม

☐ เห็นชอบ

☐ ไม่เห็นชอบ ระบุเหตุผล.....

☐ วิธีการให้ความช่วยเหลือ

☐ เห็นชอบ

☐ ไม่เห็นชอบ ระบุเหตุผล.....

ความเห็นเพิ่มเติม.....

รายละเอียดสำหรับการจ่ายเงิน เท่านั้น

1. รับด้วยตนเอง/มอบอำนาจรับแทน

☐ เงินสด ☐ เช็ค เลขที่..... ธนาคาร.....
 หากมีการรับแทนโปรดระบุ เลขที่บัตรประชาชน
 ชื่อ - นามสกุล..... ผู้รับแทน.....
 เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

2. โอนเข้าบัญชีธนาคาร ☐ โอนเข้าบัญชี ☐ พร้อมเพย์ (Prompt Pay) ☐ KTB Corporate Online ☐ e-Payment

ชื่อ - นามสกุล ผู้รับเงิน.....
 เลขที่บัตรประชาชน
 เลขที่บัญชี..... ชื่อบัญชี.....
 ธนาคาร..... สาขา.....

รายละเอียดสำหรับการรับสิ่งของ

☐ รับด้วยตนเอง
☐ ผู้รับแทน เลขที่บัตรประชาชน
 ชื่อ-นามสกุล.....

ประสานส่งต่อไปยังหน่วยงาน ชื่อหน่วยงาน..... จังหวัด.....

☐ ส่งไปทำกายภาพบำบัด ☐ ส่งเข้ารับการรักษา/บำบัด ☐ ส่งเข้าสถานสงเคราะห์/สถานคุ้มครอง
☐ ขอบุตรบุญธรรม/ครอบครัวอุปถัมภ์ ☐ ส่งเข้าฝึกอบรม/อาชีพ ☐ จัดหาอาชีพ
☐ อื่นๆ ระบุ.....

ช่วยเหลือด้านอื่นๆ

☐ ให้คำปรึกษา/แนะนำ ☐ ช่วยเหลือทางด้านกฎหมาย/คุ้มครองสิทธิ ☐ ติดตามหาญาติ
☐ ที่อยู่อาศัย/ที่พัก ☐ อื่นๆ ระบุ.....
☐ ได้รับความช่วยเหลือ เนื่องจาก.....

การบูรณาการความช่วยเหลือร่วมกับหน่วยอื่น

หน่วยงานภายใน พม.

☐ ดย. หน่วยงาน.....	☐ เงิน.....	☐ สิ่งของ ระบุ.....	☐ อื่นๆ ระบุ.....
☐ พก. หน่วยงาน.....	☐ เงิน.....	☐ สิ่งของ ระบุ.....	☐ อื่นๆ ระบุ.....
☐ พส. หน่วยงาน.....	☐ เงิน.....	☐ สิ่งของ ระบุ.....	☐ อื่นๆ ระบุ.....
☐ ผส. หน่วยงาน.....	☐ เงิน.....	☐ สิ่งของ ระบุ.....	☐ อื่นๆ ระบุ.....
☐ สค. หน่วยงาน.....	☐ เงิน.....	☐ สิ่งของ ระบุ.....	☐ อื่นๆ ระบุ.....
☐ กคช. หน่วยงาน.....	☐ เงิน.....	☐ สิ่งของ ระบุ.....	☐ อื่นๆ ระบุ.....
☐ พอช. หน่วยงาน.....	☐ เงิน.....	☐ สิ่งของ ระบุ.....	☐ อื่นๆ ระบุ.....

หน่วยงาน/องค์กร ภายนอก

☐ เหล่ากาชาดอำเภอ/จังหวัด.....	☐ เงิน.....	☐ สิ่งของ ระบุ.....
☐ อบต./เทศบาล/อำเภอ.....	☐ เงิน.....	☐ อื่นๆ ระบุ.....
☐ มูลนิธิ/องค์กร/เครือข่าย.....	☐ เงิน.....	☐ อื่นๆ ระบุ.....
☐ หน่วยงานรัฐในพื้นที่ ระบุ.....	☐ เงิน.....	☐ อื่นๆ ระบุ.....
☐ สำนักงานองคมนตรี.....	☐ เงิน.....	☐ อื่นๆ ระบุ.....
☐ เงินบริจาค/ช่วยเหลือจากบุคคลทั่วไป จำนวน.....	บาท	

แบบคำขอรับความช่วยเหลือกรณีผู้ตกทุกข์ได้ยากกลับภูมิลำเนาเดิม

ข้อมูลผู้ขอรับความช่วยเหลือ		
ชื่อ - สกุล.....บ้านเลขที่		
ปัญหาความเดือดร้อน		
☐ เดินทางมาทำงานทำ	☐ ถูกเลิกจ้าง ทำงานแล้วไม่ได้รับค่าจ้าง	☐ ถูกล่อลวง
☐ เดินทางมาหาคู่สมรส , ญาติ	☐ เดินทางมารับการรักษาพยาบาล	☐ อื่นๆ ระบุ.....
ความต้องการช่วยเหลือเพิ่มเติม เมื่อกลับภูมิลำเนา		
☐ ต้องการฝึกอาชีพ	☐ ต้องการค่าใช้จ่ายด้านการศึกษาบุตร	
☐ ต้องการเงินทุนประกอบอาชีพ	☐ อื่นๆ ระบุ.....	
กรณีผู้ตกทุกข์ได้ยากในต่างประเทศ ให้กรอกข้อมูลต่อไปนี้ด้วย		
เดินทางไปต่างประเทศเมื่อวันที่เดือน.....พ.ศ.		
สถานที่ทำงาน/พักอาศัย.....		
จุดประสงค์ที่เดินทางไป.....		
ผู้จัดส่ง (นาย/นาง/นางสาว/บริษัท).....		
สาเหตุที่เดินทางกลับ.....		
จากประเทศ.....เดินทางกลับถึงประเทศไทยเมื่อวันที่		
โดยเที่ยวบิน.....		

ลงชื่อผู้ขอรับความช่วยเหลือ

(.....)

โทรศัพท์.....

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางกลับภูมิลำเนา	
ค่ารถโดยสารประจำทาง/รถไฟชั้น 3 จากกรุงเทพฯ -	เป็นเงิน.....บาท
ค่าต่อรถ - บ้านพัก.....	เป็นเงิน.....บาท
ค่าอาหารระหว่างเดินทางคน.....วันๆละ.....บาท	เป็นเงิน.....บาท
ค่าใช้จ่ายอื่นๆ (ขวดนม นมผง ยาสีฟัน รองเท้าแตะฯ).....	เป็นเงิน.....บาท
เป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท	
ความเห็นของนักสังคมสงเคราะห์	
เห็นควรสงเคราะห์ค่าพาหนะและค่าอาหารในการเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม จังหวัด.....	
แก่ (นาย/นาง/นางสาว).....เป็นเงินจำนวนบาท	

ลงชื่อนักสังคมสงเคราะห์/เจ้าหน้าที่

(.....)

โทรศัพท์.....

วันที่เดือนพ.ศ.

ด่วนที่สุด

ที่ มท ๐๘๐๘.๒/ว๑๒๓๔



กระทรวงมหาดไทย

ถนนอัษฎางค์ กรุงเทพฯ ๑๐๒๐๐

๗ มีนาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด
พ.ศ. ๒๕๖๐

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐ จำนวน ๑ ชุด
๒. หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด
จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งได้ดำเนินการช่วยเหลือประชาชนที่เจ็บป่วย
ซึ่งเป็นผู้ป่วยยากไร้ ไร้ที่พึ่ง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยช่วยเหลือเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาล
ในสถานพยาบาลของรัฐ แต่ถูกหน่วยตรวจสอบหักทวงว่าไม่อยู่ในอำนาจหน้าที่และไม่มีระเบียบให้เบิกจ่าย

กระทรวงมหาดไทยได้ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและเล็งเห็นถึงความสำคัญของการช่วยเหลือ
ผู้ป่วยที่ยากไร้ในท้องถิ่น จึงได้ออกระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้
ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือปฏิบัติโดยระเบียบดังกล่าว
ได้ลงประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐
เป็นต้นไป และเพื่อให้การเบิกค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดตามระเบียบนี้
เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพประสิทธิผล จึงอาศัยอำนาจตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการ
สงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐ ข้อ ๑๑ กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติให้
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือปฏิบัติ ดังนี้

๑. หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

๑.๑ ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจารณาสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้เป็นค่าใช้จ่ายในการ
เดินทางเพื่อเข้ารับการรักษายาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐได้ภายใต้หลักเกณฑ์ ดังนี้

(๑) ให้ผู้ป่วยที่ยากไร้ ดำเนินการขอรับการสงเคราะห์จากกระทรวงการพัฒนาสังคม
และความมั่นคงของมนุษย์ก่อน

(๒) กรณีที่ผู้ป่วยที่ยากไร้ ได้รับการสงเคราะห์ตามข้อ (๑) แต่ได้รับการสงเคราะห์
ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย เช่น มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับการรักษายาบาล จำนวน ๔,๐๐๐ บาท แต่ได้รับ
การสงเคราะห์จากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จำนวน ๒,๐๐๐ บาท หรือไม่ได้รับการ
สงเคราะห์เนื่องจากถูกจำกัดด้วยงบประมาณ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสามารถให้การสงเคราะห์เพิ่มเติมได้
ตามที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๒,๐๐๐ บาทต่อคน และไม่เกินสามครั้งต่อคนต่อปีงบประมาณ

(๓) ในกรณีผู้ป่วยที่ยากไร้มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษายาบาลอย่างต่อเนื่อง เช่น
ผู้ป่วยโรคไต ซึ่งต้องได้รับการฟอกไตเป็นประจำ ซึ่งมีความจำเป็นจะต้องได้รับการสงเคราะห์มากกว่าสามครั้ง
ให้ขอความเห็นชอบจากผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นรายกรณี

/ ๑.๒ ให้องค์การ ...

๑.๒ ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดตั้งงบประมาณเพื่อการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ไว้ในงบกลาง ประเภท รายจ่ายตามข้อผูกพัน โดยให้เบิกจ่ายได้ตามความจำเป็นและคำนึงถึงฐานะทางการคลังเป็นสำคัญ สำหรับองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ประกาศใช้ข้อบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๐ แล้ว ให้พิจารณาโอนงบประมาณที่เหลือจ่ายหรือรายการที่หมดความจำเป็น ไปตั้งจ่ายเป็นรายการใหม่ในงบกลางดังกล่าว

๑.๓ ให้นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นคณะหนึ่ง ประกอบด้วย ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นประธาน ผู้อำนวยการกองคลัง องค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้แทนสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ผู้แทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นกรรมการ ผู้อำนวยการกองส่งเสริมคุณภาพชีวิต องค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นกรรมการและเลขานุการ โดยให้มีอำนาจหน้าที่ดำเนินการเกี่ยวกับการพิจารณาอนุมัติให้การสงเคราะห์ ความช่วยเหลือหรือดำเนินการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในระเบียบ

๒. ให้เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบลทำหน้าที่รับคำขอรับการสงเคราะห์พร้อมตรวจสอบว่าผู้ป่วยยากไร้ที่ยื่นคำขอมีคุณสมบัติครบถ้วนหรือไม่ และส่งคำขอรับการสงเคราะห์ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดโดยเร็ว (แบบคำขอรับการสงเคราะห์ให้เป็นไปตามแบบของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

๓. ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบลประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในเขตพื้นที่ทราบเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และวิธีการยื่นขอรับการสงเคราะห์ ตามหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้

อนึ่ง ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดทำความเข้าใจและบูรณาการร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด สาธารณสุขจังหวัด นายอำเภอ เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และสำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัด ในกรณีที่ผู้ป่วยที่ยากไร้ในพื้นที่ซึ่งเป็นคนไข้ในพระราชานุเคราะห์ หากจะต้องมีการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง ก็ให้ถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐ และหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติที่กำหนดขึ้นตามระเบียบดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อทราบและแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทราบและถือปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นายกฤษฎา บุญราช)
ปลัดกระทรวงมหาดไทย

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

สำนักบริหารการคลังท้องถิ่น

ส่วนการจัดสรรเงินอุดหนุนและพัฒนาระบบงบประมาณ

โทรศัพท์ / โทรสาร ๐ ๒๒๔๑ ๙๐๔๙

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย

ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

พ.ศ. ๒๕๖๐

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดให้มีระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔๕ (๘) และมาตรา ๗๔ (๙) แห่งพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๔๐ ประกอบกับ (๑๓) ของกฎกระทรวง (พ.ศ. ๒๕๔๑) ออกตามความในพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๔๐ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยจึงวางระเบียบไว้ ดังนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ บรรดาระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศหรือคำสั่งอื่นใดในส่วนที่ได้กำหนดไว้แล้วในระเบียบนี้ หรือซึ่งขัดหรือแย้งกับระเบียบนี้ ให้ใช้ระเบียบนี้แทน

ข้อ ๔ การสงเคราะห์ตามระเบียบนี้เป็นการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่ยากไร้ตามสมควรแก่กรณี การให้หรือไม่ให้การสงเคราะห์ ความช่วยเหลือหรือการดำเนินการอื่นใดตามระเบียบนี้ไม่เป็นคำสั่งทางปกครอง

ข้อ ๕ ในระเบียบนี้

“การสงเคราะห์” หมายความว่า การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยากไร้เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

“ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง” หมายความว่า ค่าพาหนะสำหรับการเดินทางของผู้ป่วยที่ยากไร้เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของทางราชการ

“ผู้ป่วยที่ยากไร้” หมายความว่า ผู้ป่วยที่ยากจน ซึ่งมีสิทธิได้รับการสงเคราะห์ตามหลักเกณฑ์การสงเคราะห์ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ข้อ ๖ องค์การบริหารส่วนจังหวัดอาจสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐได้ภายใต้หลักเกณฑ์ ดังนี้

(๑) ผู้ป่วยที่ยากไร้ ได้ดำเนินการขอรับการสงเคราะห์จากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และ

(๒) ผู้ป่วยที่ยากไร้ ได้รับการสงเคราะห์ตามข้อ (๑) ไม่เพียงพอ หรือไม่ได้รับการสงเคราะห์เนื่องจากถูกจำกัดด้วยงบประมาณ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสามารถให้การสงเคราะห์เพิ่มเติมได้ตามที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๒,๐๐๐ บาทต่อคน และไม่เกินสามครั้งต่อคนต่อปีงบประมาณ

ข้อ ๗ ผู้ป่วยที่ยากไร้ที่จะยื่นคำขอตามข้อ ๖ ต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) มีภูมิลำเนาในเขตองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ขอรับการสงเคราะห์

(๓) ได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลของรัฐ

ข้อ ๘ การยื่นคำขอรับการสงเคราะห์ ให้ยื่นต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือยื่นผ่านเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล แล้วแต่กรณีที่ดินมีภูมิลำเนาอยู่ ในกรณีนี้ให้เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลนั้น ส่งคำขอรับการสงเคราะห์ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดโดยเร็ว

ข้อ ๙ การสงเคราะห์ตามข้อ ๖ ให้นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นคณะหนึ่ง ประกอบด้วย ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นประธาน ผู้อำนวยการกองคลัง องค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้แทนสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ผู้แทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นกรรมการ ผู้อำนวยการกองส่งเสริมคุณภาพชีวิต องค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นกรรมการและเลขานุการ โดยให้มีอำนาจหน้าที่ดำเนินการเกี่ยวกับการพิจารณาอนุมัติให้การสงเคราะห์ ความช่วยเหลือหรือดำเนินการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในระเบียบนี้

กรณีที่มีความจำเป็นต้องสงเคราะห์เกินกว่าสามครั้งตามข้อ ๖ (๒) ให้ขอความเห็นชอบจากผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นรายการ

ข้อ ๑๐ ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดตั้งงบประมาณเพื่อการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ไว้ในงบกลาง ประเภท รายจ่ายตามข้อผูกพัน โดยให้เบิกจ่ายได้ตามความจำเป็นและคำนึงถึงฐานะทางการคลังเป็นสำคัญ

ข้อ ๑๑ ให้ปลัดกระทรวงมหาดไทยรักษาการตามระเบียบนี้และมีอำนาจตีความวินิจฉัยปัญหากำหนดหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติเพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๓ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐

พลเอก อนุพงษ์ เผ่าจินดา

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย

หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย
ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐

