



ประกาศเทศบาลตำบลบ้านบัว

เรื่อง การขึ้นทะเบียน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยยากไร้ ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล เพื่อขอรับการช่วยเหลือ
ในการบริการรับ - ส่ง ผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาล

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๖๑ หมวด ๔ การให้
ความช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต ข้อ ๑๒ การให้ความช่วยเหลือประชาชนด้านการ
ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต นอกจากกรณีช่วยเหลือด้านสาธารณสุขยกเว้น ในห้องกรปกครองส่วนท้องถิ่น
ประกาศให้ประชาชนที่ประสงค์จะขอรับการช่วยเหลือ ยื่นลงทะเบียนเพื่อขอรับการช่วยเหลือจากองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น เพื่อเสนอคณะกรรมการช่วยเหลือประชาชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณา

ดังนั้น เทศบาลตำบลบ้านบัว จึงขอให้ประชาชนที่มีความประสงค์ขอรับการช่วยเหลือในการ
รับ - ส่ง ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยยากไร้ ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล ไปพบแพทย์ตามใบนัด ณ สถานพยาบาล มายื่น
ลงทะเบียนด้วยตนเองหรือผู้แทน เพื่อขอรับการช่วยเหลือ ภายในวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๓ ณ สำนักปลัดเทศบาล
เทศบาลตำบลบ้านบัว โดยมีเอกสารหลักฐาน ดังนี้

- | | |
|---|--------------|
| ๑. แบบลงทะเบียนขอรับการช่วยเหลือของประชาชน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขอรับการช่วยเหลือ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นลงทะเบียน (กรณีผู้แทน) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. สำเนาใบนัดแพทย์ | จำนวน ๑ ฉบับ |

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๓

(นายกิตติพงษ์ รัตนศิริวิมล)

นายกเทศมนตรีตำบลบ้านบัว

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน
(กรณีร้องขอด้วยตนเอง)

ชื่อ อปท. อำเภอ จังหวัด

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)นามสกุล.....อายุ..... ปี
อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน ตำบล
อำเภอ จังหวัด..... โทรศัพท์.....

หมายเลขประจำตัวประชาชน

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)..... สกุล เบอร์ติดต่อ

มีความประสงค์ขอให้ (หน่วยงาน) ดำเนินการช่วยเหลือ ดังนี้

๑. ประเภทการช่วยเหลือ

- ๑.๑ ด้านสาธารณสุข (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)
- ๑.๒ ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)
- ๑.๓ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)
- ๑.๔ ด้านอื่นๆ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)

๒. ข้าพเจ้าจึงขอความช่วยเหลือ (ระบุความต้องการ/สิ่งที่ขอความช่วยเหลือ)

.....

.....

.....

.....

๓. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาด้วยแล้ว จำนวน.....ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ
(.....)

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน
(กรณีร้องขอด้วยผู้แทน)

ชื่อ อปท. อำเภอ จังหวัด

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)นามสกุล.....อายุ..... ปี
อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน ตำบล

อำเภอ จังหวัด..... โทรศัพท์.....

หมายเลขประจำตัวประชาชน

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)..... สกุล เบอร์ติดต่อ

มีความประสงค์ขอให้(หน่วยงาน) ดำเนินการช่วยเหลือ.....(ชื่อผู้รับความช่วยเหลือ)..... ดังนี้

๑. ประเภทการช่วยเหลือ

๑.๑ ด้านสาธารณสุข (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)

๑.๒ ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)

๑.๓ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)

๑.๔ ด้านอื่นๆ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)

๒. ข้าพเจ้าจึงขอความช่วยเหลือ (ระบุความต้องการ/สิ่งที่ขอความช่วยเหลือ)

.....
.....
.....
.....

๓. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาด้วยแล้ว จำนวน.....ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

(.....)