



## คำขอลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลสันกลาง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่  
(กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล ตามหนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๐๘.๒/ว ๗๕๐๘ ลงวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๑ เรื่อง หลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้รถเพื่อช่วยเหลือประชาชน ตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

\*\*\*\*\*

คำขอเลขที่...../.....  
(เจ้าหน้าที่กรอก)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

### ส่วนที่ ๑ ข้อมูลผู้ป่วยที่ขอรับความช่วยเหลือ

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

๒. เลขประจำตัวประชาชน ----

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

๔. ป่วยเป็นโรค.....อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

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

๖. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

๗. ที่อยู่ปัจจุบัน

ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบลสันกลาง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่

บ้านตนเอง  อาศัยผู้อื่นอยู่  อาศัยอยู่กับญาติ  บ้านเช่า  อยู่กับผู้จ้าง

ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง

### ส่วนที่ ๒ ปัญหาความเดือดร้อนของผู้ป่วย

ผู้ป่วย ได้รับความเดือดร้อนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำรงชีพ ดังนี้ (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

๑) เป็นผู้ป่วยติดเตียง

๒) เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

๓) เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล

๔) เป็นผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๕) เป็นผู้ป่วยที่เป็นบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง

๖) เป็นผู้ป่วยยากไร้

๗) เป็นผู้ป่วยด้อยโอกาส

๘) เป็นผู้ป่วยไร้ที่พึ่ง

(มีต่อด้านหลัง)

- ๙) เป็นผู้ป่วยคนพิการประเภท
- ๙.๑ ความพิการทางการมองเห็น
  - ๙.๒ ความพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย
  - ๙.๓ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
  - ๙.๔ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
  - ๙.๕ ความพิการทางสติปัญญา
  - ๙.๖ ความพิการทางการเรียนรู้
  - ๙.๗ ความพิการทางออทิสติก
- ๑๐) เป็นผู้ป่วยที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ตามมติคณะรัฐมนตรี (มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ)

ส่วนที่ ๓ ผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย (ถ้าผู้ป่วยยื่นคำขอเองไม่ต้องกรอก)

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

๒. เลขประจำตัวประชาชน ----

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

๔. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

๕. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

๖. ที่อยู่ปัจจุบัน

ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

บ้านตนเอง  อาศัยผู้อื่นอยู่  อาศัยอยู่กับญาติ  บ้านเช่า  อยู่กับผู้จ้าง

ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง

ส่วนที่ ๔ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาประกอบคำขอ ดังนี้

- ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย
- ๒. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย
- ๓. สำเนาทะเบียนบ้านที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย
- ๔. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ป่วย
- ๕. สำเนาบัตรสวัสดิการแห่งรัฐของผู้ป่วย
- ๖. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความในคำขอนี้เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ/ผู้ยื่นคำขอแทน

(.....)