



ที่ กส ๕๑๐๑๑/ว ๓ ส.๓

สำนักงานเทศบาลตำบลเชียงเคี่ยน		
เลขที่ ๕๑๐๑๑/ว ๓ ส.๓		
☐ สำนักปลัด	☐ กองคลัง	☐ กองช่าง
☐ กองการศึกษา	☒ กองสวัสดิการสังคม	

องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์
ถนนเลียงเมืองทุ่งมน กส ๕๖๐๐๐

๒๓ ตุลาคม ๒๕๖๘

๕๖/๒๕

เรื่อง ประชาสัมพันธ์หลักเกณฑ์และวิธีการยื่นขอรับการสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยากไร้

เรียน นายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ทุกแห่งในจังหวัดกาฬสินธุ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยกระทรวงมหาดไทย ได้ออกระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ และจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้มีหนังสือด่วนที่สุด ที่ กส ๐๐๒๓.๓/ว๑๕๗๙ ลงวันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๐ เรื่อง ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้จัดทำประกาศหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ ในการขอรับค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ ในการนี้ จึงขอความอนุเคราะห์องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่ทราบหลักเกณฑ์และวิธีการยื่นขอรับการสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยากไร้จากองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อจะได้ดำเนินการให้การสงเคราะห์ตามหลักเกณฑ์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

เรียน ปลัดเทศบาลตำบลเชียงเคี่ยน
เพื่อโปรดทราบ/พิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ให้ฯ นายกเทศมนตรีตำบลเชียงเคี่ยน
เพื่อโปรดทราบ/พิจารณา
ในทางปกครองสัมพันธ์ ทว.เว็บไซต์
หรือ Facebook ของเทศบาล และชี้แจง
ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบต่อไป
ทว. ๒๒/๑๐/๒๕๖๘

นายกเทศมนตรี
นางสาวเอี่ยมพร ต้นศิริ
รองปลัดเทศบาล ปฏิบัติราชการแทน
ปลัดเทศบาล

(นางเฉลิมขวัญ หล่อตระกูล)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์

(นางสาวเอี่ยมพร ต้นศิริ)

รองปลัดเทศบาล ปฏิบัติราชการแทน
ปลัดเทศบาล

(นางปิยดา ทิงแสน)

กองสวัสดิการสังคม

ฝ่ายสังคมสงเคราะห์

โทรศัพท์/โทรสาร ๐ ๕๓๘๑ ๕๕๑๖

ผู้ประสานงาน : นางสาวกัญญา เรืองศรีมัน ๐๘๙-๘๐๕๕๕๔

เรื่อง ๒.๓๑๓/๒๕๖๘

- เพื่อโปรดทราบ/พิจารณา

- เห็นควรโปรดทราบ/พิจารณา

(นายนิวัชร เครือแวงมน)

ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม

(นายสิทธิโชค เจริญศรี)

นายกเทศมนตรีตำบลเชียงเคี่ยน
สแกนด้วย CamScanner



ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์
เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์
ในการขอรับค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษายาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ



แบบฟอร์มแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์
ในการขอรับค่าเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้าการรักษายาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ



แบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online



ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์

เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์
ในการขอรับค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ

ด้วยกระทรวงมหาดไทย ได้ออกระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ และจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้มีหนังสือด่วนที่สุด ที่ กส ๐๐๒๓.๗/๑๕๙๙ ลงวันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๐ เรื่อง ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาให้การสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ จึงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ในการขอรับค่าเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ ดังนี้

๑. คุณสมบัติของผู้ป่วยที่ยากไร้ ต้องเป็นผู้ป่วยที่ยากจน มีสัญชาติไทย มีภูมิลำเนาในเขตองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ และได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลของรัฐ

๒. ผู้ป่วยที่ยากไร้ ได้ดำเนินการขอรับการสงเคราะห์จาก หน่วยงานกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์มาก่อน (ได้แก่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกาฬสินธุ์ นิคมสร้างตนเองลำปาว นิคมสร้างตนเองภูพานารายณ์ หรือบ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดกาฬสินธุ์) โดยใช้แบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม (แบบฟอร์มของ พมจ.)

๓. การสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) แก่ผู้ป่วยที่ยากไร้

๓.๑ กรณีที่ผู้ป่วยที่ยากไร้ ได้รับการสงเคราะห์ ตามข้อ ๒. ไม่เพียงพอ หรือไม่ได้รับการสงเคราะห์เนื่องจากถูกจำกัดด้วยงบประมาณ องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ จะให้การสงเคราะห์เพิ่มเติมได้ตามที่จ่ายจริง ไม่เกินครั้งละ ๒,๐๐๐ บาทต่อคน และไม่เกินสามครั้งต่อคนต่อปีงบประมาณ

๓.๒ กรณีผู้ป่วยที่ยากไร้มีความจำเป็นต้องเดินทางไปรับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องได้รับการสงเคราะห์มากกว่าสามครั้งต่อปีงบประมาณ ให้ยื่นคำขอเช่นเดียวกัน และองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ จะได้ออกความเห็นชอบจากผู้ว่าราชการจังหวัดกาฬสินธุ์เป็นรายกรณี

๔. การยื่นคำขอรับการสงเคราะห์ ให้ผู้ป่วยที่ยากไร้กรอกคำขอในแบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ฯ (แบบฟอร์ม อบจ.กาฬสินธุ์) และแบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม (แบบฟอร์มของ พมจ.) พร้อมส่งผ่าน เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล ที่ผู้ป่วยที่ยากไร้มีภูมิลำเนาอยู่ และหลังจากเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล รับคำขอการสงเคราะห์ ขอความร่วมมือตรวจสอบว่าผู้ป่วยที่ยากไร้มีคุณสมบัติครบถ้วนหรือไม่ ซึ่งอาจแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริง แล้วส่งคำขอพร้อมเอกสารประกอบการพิจารณา โดยรับรองข้อมูลของเอกสาร และยื่นต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนเดือนสิงหาคม ของทุกปี เพื่อจะได้ดำเนินการให้การสงเคราะห์ตามหลักเกณฑ์ในปีงบประมาณนั้น ต่อไป

(เอกสารประกอบ)

- ๒ -

เอกสารประกอบการพิจารณาขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ (ที่ต้องแนบมาพร้อมคำร้อง)

๑. แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ฯ (แบบฟอร์ม อบจ.) จำนวน ๑ ชุด
๒. แบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม (แบบฟอร์ม พมจ.) จำนวน ๑ ชุด
๓. สำเนาบัตรประชาชน (พร้อมรับรองสำเนา) จำนวน ๑ ชุด
๔. สำเนาทะเบียนบ้าน (พร้อมรับรองสำเนา) จำนวน ๑ ชุด
๕. เอกสารที่แสดงให้เห็นว่าได้เดินทางไปรับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐจริง เช่น ใบรับรองแพทย์, บัตรนัด, เอกสารที่ออกจากทางโรงพยาบาลอย่างใดอย่างหนึ่ง จำนวน ๑ ชุด
๖. สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร ประเภทออมทรัพย์หรือประเภทเผื่อเรียก บัญชีธนาคารต้องมีการเคลื่อนไหวภายใน ๖ เดือน (พร้อมรับรองสำเนา) จำนวน ๑ ชุด
๗. สำเนาบัตรผู้ดูแลผู้พิการหรือผู้สูงอายุ/บัตรบิดา/มารดา (ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้พิการหรือผู้สูงอายุหรือเด็ก ไม่สามารถดำเนินการรับเงินเองได้) จำนวน ๑ ชุด
๘. หนังสือมอบอำนาจ (ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้พิการหรือผู้สูงอายุหรือเด็ก ไม่สามารถดำเนินการรับเงินเองได้) จำนวน ๑ ชุด
๙. หนังสือรับรองการเคยได้รับการสงเคราะห์จาก สнг.พมจ กาฬสินธุ์ (ถ้ามี) จำนวน ๑ ชุด
๑๐. แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online (เจ้าของบัญชีธนาคารต้องเป็นผู้รับรองสำเนาถูกต้อง) จำนวน ๑ ชุด
๑๑. ภาพถ่ายผู้ป่วยที่ยากไร้, ภาพถ่ายเจ้าหน้าที่ขณะเยี่ยมบ้าน, ภาพถ่ายสภาพความเป็นอยู่ที่อยู่อาศัยภายในและภายนอกตัวบ้าน จำนวน ๑ ชุด

หมายเหตุ : หากผู้ป่วยไม่มีสมุดบัญชีธนาคาร ไม่สามารถดำเนินการทางธนาคารได้ ให้ใช้สมุดบัญชีผู้ดูแล, บิดา, มารดา และให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้ลงนามยื่นคำร้องขอแทน

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘



(นางเฉลิมขวัญ หล่อตระกูล)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์

ผู้ยากไร้ อบจ.กส.เลขที่...../.....

แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์
ในการขอรับค่าเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ ที่อยู่ บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดกาฬสินธุ์ หมายเลขโทรศัพท์.....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ.....นามสกุล.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าอาศัยในเขตพื้นที่ ทม./ทต./อบต.....ป่วยด้วยโรค..... ☐ รักษาครั้งแรก

สถานพยาบาลที่รักษา.....ความถี่ในการไปรักษา.....ครั้ง/เดือน/ปี ☐ รักษาต่อเนื่อง

☐ เป็นคนไข้ในพระราชานุเคราะห์ ☐ เป็นคนไข้ทั่วไป รายได้.....บาท/เดือน

ข้าพเจ้าเคยได้รับเงินสงเคราะห์จากหน่วยงานสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ (เมื่อเดือน.....ปี) จาก

○ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เป็นเงิน.....บาท

○ นิคมสร้างตนเองลำปาว เป็นเงิน.....บาท

○ นิคมสร้างตนเองภูจินารายณ์ เป็นเงิน.....บาท

○ บ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นเงิน.....บาท

ซึ่งข้าพเจ้าได้นำเงินจำนวนดังกล่าวไปใช้จ่ายในไปรักษาพยาบาล เป็นค่าใช้จ่ายดังนี้

๑.ค่าอาหาร ระบุ.....เป็นเงิน.....บาท

๒.ค่าที่หัก ระบุ.....เป็นเงิน.....บาท

๓.ค่ายานอกรับบัญชีหลัก ระบุ.....เป็นเงิน.....บาท

๔.ค่าพาหนะ ระบุ.....เป็นเงิน.....บาท

๕.ค่าใช้จ่ายซื้อสิ่งของจำเป็น ระบุ.....เป็นเงิน.....บาท

และค่าใช้จ่ายในข้อ ๔. ไม่เพียงพอต่อการเดินทางไปรักษาพยาบาล ข้าพเจ้าจึงขอรับการสงเคราะห์ค่าใช้จ่าย

ในการเดินทางไปรักษาพยาบาลเป็นค่าพาหนะเดินทาง ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการ
สงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังนี้

๑.คำรณรับจ้างโดยสารประจำทวง จากบ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัดกาฬสินธุ์ ถึงสถานีขนส่งอำเภอ.....จังหวัดกาฬสินธุ์ (ไป-กลับ) เป็นเงิน.....บาท

๒.ค่าธรรมเนียมโดยสภาระบุจากทาง จากสถานีส่งอำเภอ.....จังหวัดกาฬสินธุ์ ถึงสถานีขนส่ง

จังหวัดกาฬสินธุ์ (ไป-กลับ) เป็นเงิน.....บาท

๓.ค่าธรรมเนียมประจำทาง จากสถานีขนส่งจังหวัดกาฬสินธุ์ ถึง สถานีขนส่งจังหวัด.....(ไป-กลับ)

เป็นเงิน.....บาท

๔. คำกรั้บจั้งโดยสาร์ประจั้ทาง จากสณั้ชนสั้จั้หวดั.....ถึงร้งพยาบาล.....

(ไป-กลับ) เป็นเงิน.....บาท

๕.ค่าพาหนะอื่นๆกรณีที่ไม่สามารถนั่งรถโดยสารประจำทางได้ ระบุ.....

..... (ไป-กลับ) เป็นเงิน.....บาท

๒.ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ถ้ามี ระบุ.

แผนที่ตั้งบ้านข้าพเจ้าภายในหมู่บ้าน พอสังเขป

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจสอบแล้วพบว่าข้อมูลส่วนใดส่วนหนึ่งไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ระงับการช่วยเหลือ และคืนเงินค่าพาหนะเดินทางที่ได้รับตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินค่าพาหนะ พร้อมรับรองความถูกต้องของสำเนา มาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

- ☐ แบบบันทึกผู้ประสบปัญหาทางสังคม (แบบพมจ.)
 ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (พร้อมรับรองสำเนา)
 ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน (พร้อมรับรองสำเนา)
 ☐ เอกสารที่แสดงให้เห็นว่าได้เดินทางไปรับการ
- รักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐจริง
 ☐ สำเนาบัตรผู้ดูแล (กรณีผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินการรับเงินเองได้)
 ☐ สำเนาบัญชีธนาคาร (บัญชีต้องเคลื่อนไหวภายใน 6 เดือน)
- ☐ แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ
 ☐ ภาพถ่ายผู้ป่วยที่ยากไร้ (ขณะเย็บบ้านภายใน,ภายนอก)
- ☐ สำเนาหลักฐานการได้รับความช่วยเหลือ/หรือไม่ได้รับความช่วยเหลือจาก พมจ.
 ☐ สำเนาเอกสารอื่น ๆ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรองข้อมูล

(.....)

ตำแหน่ง.....(จนท.อปท.)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรองข้อมูล

(.....)

ตำแหน่ง.....(นายก/ปลัด อปท.)

วันที่.....

หมายเหตุ

1. หากผู้ป่วยที่ยากไร้ไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ สามารถประทับลายนิ้วมือได้
2. Download แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ฯ ได้ที่ web site ของ อบจ.กาฬสินธุ์
<http://www.kalasin-pao.go.th> หัวข้อ ความนิเทศแบบฟอร์ม
3. ให้ อบท. จัดทำหนังสือมาส่งเอกสารข้างต้นไปยัง อบจ.กาฬสินธุ์ กองสวัสดิการสังคม สอบถามเพิ่มเติม โทร. ๐๔๓ ๘๑๕ ๘๑๖