

แบบฟอร์มการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้ให้บริการสาธารณสุขได้รับความเสียหาย

เขต ๑๑ สุราษฎร์ธานี

ชื่อหน่วยรับคำร้อง.....

วันที่ยื่นคำร้อง.....

กรณีเจ็บป่วยจากการติดเชื้อโรค.....

กรณีเจ็บป่วยจากการได้รับอุบัติเหตุ.....

กรณีเจ็บป่วยจากการถูกผู้ปวยทำร้ายร่างกายโดย.....

๑. รายละเอียดข้อมูลของผู้ให้บริการ

๑.๑ ชื่อ - สกุล.....

๑.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๑.๓ ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ (ระบุชื่อ).....

๑.๔ ตำแหน่ง.....

ลักษณะงานที่รับผิดชอบ(ระบุงานในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย).....

.....

๑.๕ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก.....

๒. รายละเอียดข้อมูลของผู้ยื่นคำร้อง (บุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอกข้อมูล)

๒.๑ ชื่อ-สกุล.....

๒.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๒.๓ ความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ.....

๒.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก.....

๓. รายละเอียดข้อมูลของผู้รับบริการที่ทำให้เกิดความเสียหายและความเสียหายที่เกิดขึ้น

๓.๑ ชื่อ-สกุล ผู้รับบริการที่ทำให้เกิดความเสียหาย

๓.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๓.๓ สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการที่ทำให้เกิดความเสียหาย สิทธิบัตรทอง สิทธิข้าราชการ อปท.

๓.๔ วันที่รับทราบความเสียหาย.....

(ยื่นคำร้องภายในระยะเวลา ๒ ปี นับจากวันที่รับทราบความเสียหาย คือ เจ็บป่วย , พิการ, ตาย/ทุพพลภาพถาวร)

๓.๕ เหตุและความเสียหายที่เกิดขึ้น (บรรยายถึงเหตุการณ์และความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับอย่างชัดเจน กรณีมีบาดแผล ให้บอกลักษณะบาดแผล รอยฟกช้ำ (พร้อมแนบภาพสี ประกอบ) การรักษาที่ได้รับและระยะเวลาที่ต้องรักษาตัว) (กรณีบรรยายข้อมูลความเสียหายในแบบฟอร์มฉบับนี้ไม่เพียงพอท่านสามารถพิมพ์/เขียนเพิ่มในกระดาษ A4 อื่นๆ แนบประกอบได้เพื่อให้คณะอนุกรรมการพิจารณาข้อเท็จจริงของความเสียหายและผลกระทบได้ละเอียดมากขึ้น)

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

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง (ทั้งของผู้ยื่นคำร้องและผู้รับบริการ) แต่ละประเภทความเสียหาย ตรวจสอบเอกสารได้ตามแบบตรวจสอบเอกสารประกอบการยื่นคำร้องฯ (Check list)

- ๔.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ๔.๒ สำเนาเวชระเบียนของ ผู้ให้บริการและใบรับรองแพทย์
- ๔.๓ เอกสารตรวจสอบสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของผู้รับบริการ พร้อมสำเนาเวชระเบียนของผู้รับบริการ (ช่วงที่มารักษาและทำให้ผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย)
- ๔.๓ หนังสือคำสั่งจากผู้บังคับบัญชาของหน่วยบริการมอบหมายภารกิจหน้าที่ในการปฏิบัติงานจากหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (กรณี อสม.เท่านั้น)
- ๔.๔ หนังสือส่งตัวการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของนักศึกษาจากสถานศึกษาต้นสังกัดการฝึกปฏิบัติงานในหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (กรณี นักศึกษาฝึกงาน เท่านั้น)

จึงเรียนมาเพื่อขอรับความช่วยเหลือตามระเบียบว่าด้วยการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข และขอยืนยันว่าข้อมูลทุกประการเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

๕. หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามีการมอบอำนาจ)

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล).....

ซึ่งเป็น (ผู้รับบริการ ทายาท) ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการ ขอมอบอำนาจให้ (ระบุชื่อผู้รับมอบอำนาจ).....เป็นตัวแทนโดยชอบด้วยกฎหมาย แทนข้าพเจ้า เพื่อดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการ

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้ เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)