

แบบยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ชื่อหน่วยรับคำร้อง

วันที่ยื่นคำร้อง

๑. รายละเอียดของผู้รับบริการ

๑.๑ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๑.๒ สิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มี ไม่มี

๑.๓ ชื่อ - สกุล.....

อายุ ปี เพศ ชาย หญิง

อาชีพ เกษตรกร ข้าราชการ ทำงานอิสระ พนักงานรัฐวิสาหกิจ

พนักงานเอกชน รับจ้าง ไม่ได้ทำงาน อื่นๆ.....

ระดับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปวช.

ปวส. ปริญญาตรี อื่นๆ.....

รายได้ต่อเดือน..... บาท

ภาวะที่ผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบในฐานะ.....

.....

๑.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

..... โทรศัพท์..... โทรสาร

๒. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๒.๑ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๒.๒ ชื่อ - สกุล.....

อายุ ปี เพศ ชาย หญิง

อาชีพ เกษตรกร ข้าราชการ ทำงานอิสระ พนักงานรัฐวิสาหกิจ

พนักงานเอกชน รับจ้าง ไม่ได้ทำงาน อื่นๆ.....

ระดับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปวช.

ปวส. ปริญญาตรี อื่นๆ.....

๒.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ คู่สมรส เจ้าหน้าที่ รพ. ญาติ ตนเอง
 บิดา/มารดา บุตร เพื่อน อื่นๆ.....

๒.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....

๒. รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาพยาบาล

๒.๑ เข้ารับบริการ 1 แห่ง เข้ารับบริการมากกว่า 1 แห่ง

๒.๒ วันที่เข้ารับบริการ.....

๒.๓ จังหวัดสถานพยาบาลที่เข้ารับบริการ

๒.๔ สถานพยาบาลที่เข้ารับบริการ.....

๒.๕ สถานที่ตั้ง.....

.....

๒.๖ วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น

๒.๗ เหตุที่เข้ารับการรักษาพยาบาล.....

๒.๘ ความเสียหายที่เกิดขึ้นได้แก่.....

.....

(บอกเล่าหรือบรรยายถึงเหตุการณ์และความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับและระบุความต้องการ)

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง (ทั้งของผู้ยื่นคำร้องและผู้รับบริการ)

๔.๑ สำเนาบัตรประชาชน

๔.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน

๔.๓ เอกสารทางการแพทย์หรือรายละเอียดข้อมูลอื่นๆ (ถ้ามี).....

ลงชื่อผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

