

แบบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ชื่อหน่วยรับคำร้อง.....

วันที่ยื่นคำร้อง.....

๑. รายละเอียดของผู้รับบริการ

๑.๑ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๑.๒ สิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มี ไม่มี

๑.๓ ชื่อ - สกุล

อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง

อาชีพ เกษตรกร ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ

พนักงานเอกชน รับจ้าง

อื่นๆ

ระดับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปวช.

ปวส. ปริญญาตรี อื่นๆ

รายได้ต่อเดือน บาท

ระบุมารที่ผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบในฐานะ

.....

๑.๔ ที่อยู่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

โทรศัพท์..... โทรสาร

๒. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๒.๑ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๒.๒ ชื่อ - สกุล

อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง

อาชีพ เกษตรกร ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ

พนักงานเอกชน รับจ้าง อื่นๆ

ระดับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปวช.

ปวส. ปริญญาตรี อื่นๆ

๒.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ คู่สมรส เจ้าหน้าที่ รพ. ญาติ ตนเอง

บิดา/มารดา บุตร เพื่อน อื่นๆ.....

๒.๔ ที่อยู่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

โทรศัพท์..... โทรสาร

๓. รายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

๓.๑ เข้ารับบริการ ๑ แห่ง เข้ารับบริการมากกว่า ๑ แห่ง

๓.๒ วันที่เข้ารับบริการ.....

๓.๓ จังหวัดสถานพยาบาล ที่เข้ารับบริการ.....

๓.๔ สถานพยาบาล ที่เข้ารับบริการ.....

๓.๕ สถานที่ตั้ง

.....

๓.๖ วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น.....

๓.๗ เหตุที่เข้ารับการรักษาพยาบาล.....

๓.๘ ความเสียหายที่เกิดขึ้นได้แก่ (บอกเล่าหรือบรรยายถึงเหตุการณ์และความเสียหายต่าง ๆ ที่ได้รับ
และระบุความต้องการ).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง (ทั้งของผู้ยื่นคำร้องและผู้รับบริการ)

๔.๑ สำเนาบัตรประชาชน

๔.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน

๔.๓ เอกสารทางการแพทย์หรือรายละเอียดข้อมูลอื่น ๆ (ถ้ามี).....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

()

๕. หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามีการมอบอำนาจ)

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....(ระบุชื่อผู้รับบริการหรือทายาท)

ซึ่งเป็น ผู้รับบริการ ทายาท ผู้อุปการะ ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล
ของ(ระบุชื่อหน่วยบริการ)ขอมอบอำนาจให้
..... (ระบุชื่อผู้รับมอบอำนาจ).....

เป็นตัวแทนโดยชอบด้วยกฎหมายแทนข้าพเจ้า เพื่อดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่ง
หนังสือนี้ เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)