



ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลดอนใหญ่
เรื่อง กรณีการรับ - ส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล

เพื่อให้การรับ - ส่ง ผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเป็นไปตามกฎหมายที่กำหนดอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาศัยอำนาจตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ กำหนดให้การช่วยเหลือประชาชน ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต นอกจากกรณีการช่วยเหลือด้านสาธารณสุขฉุกเฉิน ให้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศให้ประชาชนที่ประสงค์จะขอรับความช่วยเหลือ ยื่นลงทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อเสนอคณะกรรมการตามข้อ ๙ จึงได้จัดทำหลักเกณฑ์แนวทางปฏิบัติการช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรับ - ส่ง ผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลดังนี้

หลักเกณฑ์การพิจารณา

๑. ผู้ขอใช้บริการต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบหน่วยกู้ชีพองค์การบริหารส่วนตำบลดอนใหญ่
 ๒. ผู้ที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์ไปด้วยในระหว่างเดินทาง เช่น สายออกซิเจน
 ๓. เป็นผู้ยากไร้ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล ต้องเป็นผู้ที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการช่วยเหลือประชาชนองค์การบริหารส่วนตำบลดอนใหญ่
 ๔. เป็นบุคคลในเขตพื้นที่ตำบลดอนใหญ่หรือใกล้เคียง ซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมินการจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่เพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรืออาการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรือป่วย
- ขั้นตอนในการขอใช้บริการ**

๑. กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ขอใช้บริการ สามารถโทรศัพท์แจ้งเหตุได้ที่ โทร ๑๖๖๙ หรือหน่วยกู้ชีพองค์การบริหารส่วนตำบลดอนใหญ่

๒. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์ไปด้วยในระหว่างเดินทาง เช่น สายออกซิเจน ต้องมายื่นแบบคำร้องการขอใช้บริการรถพยาบาลล่วงหน้าอย่างน้อย ๓ วันทำการต่อองค์การบริหารส่วนตำบลดอนใหญ่

๓. กรณีผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล ต้องเป็นผู้ที่ลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือไว้ และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการช่วยเหลือประชาชนองค์การบริหารส่วนตำบลดอนใหญ่ แล้วนั้น โดยในเบื้องต้นให้ผู้ป่วยหรือผู้แทนมาลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันนี้จนถึงวันที่ ๒๓ เดือนตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๗ เพื่อที่จะได้นำเรื่องเข้าเสนอที่ประชุมคณะกรรมการสำรวจ ตรวจสอบข้อเท็จจริงการให้ความช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต องค์การบริหารส่วนตำบลดอนใหญ่ ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ได้มาลงทะเบียนตามกำหนด สามารถเสนอเรื่องในภายหลังได้ โดยที่จะมีการเสนอเรื่องเข้าที่ประชุมเป็นคราวๆไป

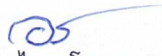
หลักฐาน/เอกสารประกอบในการขอลงทะเบียน

๑. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ขอใช้บริการและผู้ป่วย จำนวนคนละ ๑ ใบ
๒. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอใช้บริการและผู้ป่วย จำนวนคนละ ๑ ใบ
๓. สำเนาบัตรคนพิการ (กรณีพิการ) จำนวน ๑ ใบ

เพื่อเป็นการให้ความช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลดอนใหญ่ เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด จึงประกาศลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน กรณีผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล ไปโรงพยาบาลหรือเข้ารับการตรวจหรือรักษาพยาบาลตามแบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน (แนบท้ายประกาศฯ) ทั้งนี้ องค์การบริหารส่วนตำบลดอนใหญ่ จะได้นำรายชื่อของประชาชนที่ยื่นลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือและผ่านการพิจารณาให้ความช่วยเหลือจากคณะกรรมการช่วยเหลือประชาชน องค์การบริหารส่วนตำบลดอนใหญ่ ประกาศให้ทราบและดำเนินการช่วยเหลือตามตามอำนาจหน้าที่ต่อไป

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๙ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗


(นางสาวอุไร โสภาพ)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลดอนใหญ่

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล
องค์การบริหารส่วนตำบลคอนใหญ่ อำเภอสว่างเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

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

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยที่ขอรับความช่วยเหลือ

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

2.เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐-☐☐-☐

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

4.ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ บ้านตนเอง ☐ บ้านเช่า ☐ อาศัยบ้านญาติอยู่ ☐ ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง
☐ อื่นๆ ระบุ.....

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบลคอนใหญ่ อำเภอสว่างเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

5.สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ สมรสแยกกันอยู่ ☐ หย่าร้าง ☐ หม้าย(คู่สมรสเสียชีวิต)

6.ป่วยเป็นโรค.....

อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

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

7.ข้อมูลสมาชิกครอบครัว (เฉพาะที่อยู่อาศัยร่วมกันอยู่ในปัจจุบัน)

7.1 ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ)..... อายุ.....ปี

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ประกอบอาชีพ.....

รายได้.....บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์.....

7.2 ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ)..... อายุ.....ปี

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ประกอบอาชีพ.....

รายได้.....บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์.....

7.3 ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ)..... อายุ.....ปี

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ประกอบอาชีพ.....

รายได้.....บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์.....

7.4 ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ)..... อายุ.....ปี
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ประกอบอาชีพ.....
รายได้.....บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์.....

ส่วนที่ 2 ปัญหาความเดือดร้อนของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ได้รับความเดือดร้อนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำรงชีวิต ดังนี้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ 1 เป็นผู้ป่วยติดเตียง
- ☐ 2 เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
- ☐ 3 เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล
- ☐ 4 เป็นผู้ป่วยยากไร้
- ☐ 5 เป็นผู้ป่วยไร้ที่พึ่ง
- ☐ 6 เป็นผู้ป่วยพิการประเภท
 - ☐ 6.1 ความพิการทางการมองเห็น
 - ☐ 6.2 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
 - ☐ 6.3 ความพิการทางด้านเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
 - ☐ 6.4 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
 - ☐ 6.5 ความพิการทางสติปัญญา
 - ☐ 6.6 ความพิการทางออทิสติก

ส่วนที่ 3 ผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย

1. ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....
2. เลขประจำตัวประชาชน ----
3. วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี หมายเลขโทรศัพท์.....
4. ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....

ส่วนที่ 4 ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาประกอบคำขอ ดังนี้

- ☐ 1 สำเนาบัตรประชาชนของผู้ป่วย
- ☐ 2 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย
- ☐ 3 สำเนาบัตรประจำตัวคนผู้พิการของผู้ป่วย
- ☐ 4 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย

ข้าพเจ้ารับรองว่า ข้อความข้างต้นที่ให้ถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากการให้ข้อมูลของข้าพเจ้าไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้องค์การบริหารส่วนตำบลตอนใหญ่ระงับการช่วยเหลือและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

วันที่.....

ความเห็นคณะกรรมการสำรวจ ตรวจสอบข้อเท็จจริงฯ

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลตอนใหญ่

คณะกรรมการสำรวจ ตรวจสอบข้อเท็จจริงฯ มีความเห็นดังนี้

- ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน
- ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานอนุกรรมการ

ลงชื่อ.....

(.....)

อนุกรรมการ

ลงชื่อ.....

(.....)

อนุกรรมการ