แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ชื่อหน่วยรับคำร้อง.......................................

วันที่ยื่นคำร้อง........................................

1. รายละเอียดของผู้รับบริการ

1.1 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน🞏 🞏 🞏 🞏 🞏 🞏 🞏 🞏 🞏 🞏 🞏 🞏 🞏

* 1. สิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 🞏 มี 🞏 ไม่มี
  2. 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 ระบุภาระที่ผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบเศรษฐานะ..............................................................................................................................................

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก........................................................................................

................................โทรศัพท์......................................โทรสาร...........................

2. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ 1 ไม่ต้องกรอก)

* 1. ชื่อ – สกุล..............................................................................................................................
  2. เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน🞏 🞏 🞏 🞏 🞏 🞏 🞏 🞏 🞏 🞏 🞏 🞏 🞏

อายุ...................ปี เพศ 🞏ชาย 🞏หญิง

อาชีพ 🞏 เกษตรกร 🞏 ข้าราชการ 🞏ทำงานอิสระ 🞏พนักงานรัฐวิสาหกิจ

🞏พนักงานเอกชน 🞏รับจ้าง 🞏ไม่ได้ทำงาน 🞏อื่นๆ

ระดับการศึกษา 🞏ประถมศึกษา 🞏มัธยมศึกษา 🞏ปวช.

🞏ปวส. 🞏ปริญญาตรี 🞏อื่นๆ

2.3 ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ 🞏คู่สมรส 🞏 เจ้าหน้าที่ รพ. 🞏ญาติ

🞏ตนเอง 🞏บิดา/มารดา 🞏บุตร 🞏 เพื่อน 🞏 อื่นๆ

2.4 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.........................................................โทรศัพท์......................................โทรสาร...........................

3. รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาพยาบาล

3.1 🞏เข้ารับบริการ 1 แห่ง 🞏เข้ารับบริการมากกว่า 1 แห่ง

3.2 วันที่เข้ารับบริการ

3.3 จังหวัดสถานพยาบาลที่เข้ารับบริการ...........................................................

3.4 สถานพยาบาลที่เข้ารับบริการ....................................

3.5 สถานที่ตั้ง.............................................................................................................................

3.6 วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น....................................................................................

3.7 เหตุที่เข้ารับการรักษาพยาบาล…………………………………………………………………………………

3.8 ความเสียหายที่เกิดขึ้นได้แก่............................................................................................................................................................

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(บอกเล่าหรือบรรยายถึงเหตุการณ์และความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับและระบุความต้องการ)

4. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง (ทั้งของผู้ยื่นคำร้องและผู้รับบริการ)

🞏 4.1 สำเนาบัตรประชาชน

🞏 4.2 สำเนาทะเบียนบ้าน

🞏 4.3 เอกสารทางการแพทย์หรือรายละเอียดข้อมูลอื่นๆ(ถ้ามี)......................................

# ลงชื่อ..........................................................ผู้ยื่นคำร้อง

(..........................................................)