แบบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

แบบ 1

เขียนที่...............................................

วันที่.............เดือน...................พ.ศ. ....................

เรียน...................................................................................................................................(หัวหน้าหน่วยบริการ)

1. ประเภทความเสียหาย

🗌กรณีติดเชื้อ

🗌กรณีนอกจากการติดเชื้อ

2. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ผู้ได้รับความเสียหาย)

(1) ชื่อ – สกุล .....................................................................................................................................................

(2) เลขบัตรประจำตัวประชาชน 🗌🗌 - 🗌🗌🗌🗌 - 🗌🗌🗌🗌🗌 - 🗌🗌

(3) ตำแหน่ง.........................................................................................................................................................

(4) ลักษณะงานที่รับผิดชอบ (ระบุงานในหน้าที่ที่รับผิดชอบ)……...............................................................……… ………………….............................................................................................................................................................. ...................................................................................................................................................................................

(5) ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก........................................................................................................................ .............................................................................................................โทรศัพท์........................................................

(6) วันที่ทราบความเสียหายที่เกิดขึ้น ..................................................................................................................

(7) เหตุและความเสียหายที่เกิดขึ้น (บรรยายถึงเหตุการณ์ความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับ)....................................... .................................................................................................................................................................................... .................................................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................................................

3. เอกสารหรือหลักฐานประกอบการยื่นคำร้อง

🗌 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวที่รัฐออกให้

🗌 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ได้รับความเสียหาย

จึงเรียนมาเพื่อขอรับความช่วยเหลือตามระเบียบว่าด้วยการจ่ายเงินช่วยเหลือเงินเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการ ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ลงชื่อ......................................................ผู้ยื่นคำร้อง

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

สำหรับหน่วยบริการหรือหน่วยงานที่รับคำร้อง

- ชื่อหน่วยงานที่รับคำร้อง.........................................................

- วันที่รับคำร้อง.........................................................................

- เจ้าหน้าที่ผู้รับคำร้อง ชื่อ - สกุล................................................

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

ตำแหน่ง.................................................

แบบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

แบบ 2

เขียนที่...............................................

วันที่.............เดือน...................พ.ศ. ....................

เรียน...................................................................................................................................(หัวหน้าหน่วยบริการ)

1. ประเภทความเสียหาย

🗌กรณีติดเชื้อ

🗌กรณีนอกจากการติดเชื้อ

2. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (คู่สมรส, บุพการี, ผู้สืบสันดาน)

(1) ชื่อ – สกุล ....................................................................................................................................................

(2) เลขบัตรประจำตัวประชาชน 🗌🗌 - 🗌🗌🗌🗌 - 🗌🗌🗌🗌🗌 - 🗌🗌

(3) ตำแหน่ง.........................................................................................................................................................

(4) ความสัมพันธ์กับผู้ได้รับความเสียหาย

🗌 คู่สมรส 🗌 บุพการี 🗌 ผู้สืบสันดาน

(5) ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก........................................................................................... ................. ..............................................................................................................โทรศัพท์..................................................

(6) วันที่ทราบความเสียหายที่เกิดขึ้น ..................................................................................................................

(7) เหตุและความเสียหายที่เกิดขึ้น (บรรยายถึงเหตุการณ์ความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับ)....................................... .................................................................................................................................................................................... .................................................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................................................

3. เอกสารหรือหลักฐานประกอบการยื่นคำร้อง

🗌 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวที่รัฐออกให้ 🗌 ใบมรณะบัตรผู้ได้รับความเสียหาย

🗌 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ได้รับความเสียหาย 🗌 ใบทะเบียนสมรส

🗌 สำเนาทะเบียนบ้านของคู่สมรส บุพการี ผู้สืบสันดาน

จึงเรียนมาเพื่อขอรับความช่วยเหลือตามระเบียบว่าด้วยการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ ผู้ให้บริการ ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ลงชื่อ......................................................ผู้ยื่นคำร้อง

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

สำหรับหน่วยบริการหรือหน่วยงานที่รับคำร้อง

- ชื่อหน่วยงานที่รับคำร้อง.........................................................

- วันที่รับคำร้อง.........................................................................

- เจ้าหน้าที่ผู้รับคำร้อง ชื่อ - สกุล................................................

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

ตำแหน่ง.................................................

แบบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

แบบ 3

เขียนที่...............................................

วันที่.............เดือน...................พ.ศ. ....................

เรียน...................................................................................................................................(หัวหน้าหน่วยบริการ)

1. ประเภทความเสียหาย

🗌กรณีติดเชื้อ

🗌กรณีนอกจากการติดเชื้อ

2. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น)

(1) ชื่อ - สกุล...................................................................................................................................................

(2) เลขบัตรประจำตัวประชาชน 🗌🗌 - 🗌🗌🗌🗌 - 🗌🗌🗌🗌🗌 - 🗌🗌

(3) ตำแหน่ง.....................................................................................................................................................

(4) ความสัมพันธ์กับผู้ได้รับความเสียหาย

🗌 เป็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้น 🗌 เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

(5) ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก.................................................................................................................... ................................................................................................................โทรศัพท์..................................................

(6) วันที่ทราบความเสียหายที่เกิดขึ้น...............................................................................................................

(7) เหตุและความเสียหายที่เกิดขึ้น (บรรยายถึงเหตุการณ์ความเสียหายต่างๆ ที่ทราบ).................................. .............................................................................................................................................................................. ................................................................................................................................................................................ ................................................................................................................................................................................

3. เอกสารหรือหลักฐานประกอบการยื่นคำร้อง

🗌 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวที่รัฐออกให้

🗌 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

🗌 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชา

จึงเรียนมาเพื่อขอรับความช่วยเหลือตามระเบียบว่าด้วยการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ ผู้ให้บริการ ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ลงชื่อ......................................................ผู้ยื่นคำร้อง

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

สำหรับหน่วยบริการหรือหน่วยงานที่รับคำร้อง

- ชื่อหน่วยงานที่รับคำร้อง.........................................................

- วันที่รับคำร้อง.........................................................................

- เจ้าหน้าที่ผู้รับคำร้อง ชื่อ - สกุล................................................

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

ตำแหน่ง.................................................