

แบบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ชื่อหน่วยรับคำร้อง.....

วันที่ยื่นคำร้อง.....

1. รายละเอียดของผู้รับบริการ

1.1 ชื่อ - สกุล.....

1.2 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

1.3 สิทธิการรักษาพยาบาล ☐ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ☐ สิทธิ อปท.

☐ สิทธิ..... ☐ ไม่มี

1.4 อาชีพ.....รายได้.....สถานภาพอื่น.....(ระบุให้ทราบถึงภาระที่
ผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบ (เศรษฐกิจฐานะ)).....

1.5 ที่อยู่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

2. รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาพยาบาล

2.1 ชื่อหน่วยบริการ.....

2.2 สถานที่ตั้ง.....

2.3 วันที่มีความเสียหายเกิดขึ้นหรือวันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น.....

2.4 เหตุที่เข้ารับการรักษาพยาบาล.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ 1 ไม่ต้องกรอก)

3.1 ชื่อ – สกุล

3.2 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3.3 ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

3.4 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

4. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง (ทั้งของผู้ยื่นคำร้องและผู้รับบริการ)

☐ 4.1 สำเนาบัตรประชาชน ☐ 4.2 สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ 4.3 เอกสารทางการแพทย์หรือรายละเอียดข้อมูลอื่น ๆ (ถ้ามี).....

5. กรณีผลการพิจารณาคำร้อง มีมติให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร โดยได้แนบ

☐ หน้าสมุดบัญชีธนาคาร (ชื่อธนาคาร)

เลขที่ บัญชี..... ของ (ระบุชื่อบัญชี).....

ของผู้รับบริการ/ผู้ยื่นคำร้อง มาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

=====

คำแนะนำ

1. ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง ได้แก่ ผู้รับบริการ หรือ ทายาท ผู้อุปการะ(กรณีไม่มีทายาท) ที่ให้การช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานพอสมควร หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ

2. สถานที่ยื่นคำร้อง ได้แก่ หน่วยบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่

3. ระยะเวลาในการยื่นคำร้อง ภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ทราบความเสียหาย

4. หากมีข้อสงสัย ติดต่อสอบถามได้ที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โทรศัพท์ 02 141 4000 เวลาราชการ โทรสาร 02 143 9730-1

หรือติดต่อ สายด่วน สปสช. 1330 เปิดบริการ 24 ชั่วโมง

หรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่

5. หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามีการมอบอำนาจ)

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....(ระบุชื่อผู้รับบริการหรือทายาท)
ซึ่งเป็นผู้รับบริการหรือทายาทที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของ.....
.....(ชื่อหน่วยบริการ) ขอมอบอำนาจให้.....
เป็นตัวแทนโดยชอบด้วยกฎหมายแทนข้าพเจ้า เพื่อดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
กรณีได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ
ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้
เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)