ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลหนองปลิง

เรื่อง การลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือประชาชนกรณีการรับส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลของศูนย์ช่วยเหลือประชาชนองค์การบริหารส่วนตำบลหนองปลิง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ ข้อ ๔ กำหนดว่า “การช่วยเหลือประชาชน” หมายความว่า การให้ความช่วยเหลือประชาชนที่ได้รับความเดือดร้อนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำรงชีพ โดยอาจให้เป็นสิ่งของหรือจ่ายเป็นเงินหรือการจัดบริการสาธารณะเพื่อให้การช่วยเหลลือประชาชนในระดับเขตพื้นที่หรือท้องถิ่น ตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหมวด ๔ การให้ความช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต ข้อ ๑๓ การให้ความช่วยเหลือด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต นอกจากกรณีการช่วยเหลือด้านสาธารณภัยฉุกเฉิน ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศให้ประชาชนที่ประสงค์จะขอรับความช่วยเหลือ ยื่นลงทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อเสนอคณะกรรมการ และระเบียบกระทวงมหาดไทยว่าด้วยการใช้และรักษารถยนต์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ข้อ ๔ รถส่วนกลาง หมายความว่า รถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ที่จัดไว้เพื่อกิจการอันเป็นส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และให้ความหมายรวมถึงรถยนต์ที่ใช้ในการบริการประชาชนหรือใช้ในหน้าที่ของส่วนราชการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น รถดับเพลิง รถยนต์บรรทุกน้ำ รถยนต์พยาบาลฯ ประกอบกับหนังสือกระทรวงมหาดไทย ที่ มท ๐๘๐๘.๒/ว๗๕๐๘ ลงวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๑ เรื่อง หลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้รถเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นั้น

เพื่อให้องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปลิงสามารถจัดบริการสาธารณะเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ได้อย่างถูกต้อง ภายใต้กฎหมาย ระเบียบที่เกี่ยวข้อง จึงประกาศการลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือประชาชนกรณีการรับส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ของศูนย์ช่วยเหลือประชาชนองค์การบริหารส่วนตำบลหนองปลิง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. คุณสมบัติ

๑.๑ มีทะเบียนบ้านหรืออาศัยอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองปลิง (กรณีอาศัยอยู่ต้องผ่านการรับรองจากกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภา อบต.)

๑.๒ เป็นผู้มีรายได้น้อยหรือคนไร้ที่พึ่งหรือไม่มีคนดูแล (ผ่านการตรวจสอบจากฝ่ายปฏิบัติการในพื้นที่ (หน่วยเคลื่อนที่เร็ว))

๑.๓ เป็นผู้ป่วยที่สามารถดูแลและช่วยเหลือตัวเองได้ หรือเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล

๑.เอกสาร...

๒.เอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน

๒.๑ กรณีร้องขอด้วยตนเอง

๒.๑.๑ แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือฯ จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๑.๒ สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๑.๓ สำเนาบัตรประชาชนพร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๑.๔ ใบนัดพบแพทย์ จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๒ กรณีร้องขอด้วยผู้แทน

๒.๑.๑ แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือฯ จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๑.๒ สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนา(ผู้ป่วย,ผู้แทน) จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๑.๓ สำเนาบัตรประชาชนพร้อมรับรองสำเนา(ผู้ป่วย,ผู้แทน) จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๑.๔ ใบนัดพบแพทย์ จำนวน ๑ ฉบับ

๓. กำหนดการรับลงทะเบียน

ช่วงที่ ๑ ในระหว่างวันที่ ๕ - ๙ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๗

ช่วงที่ ๒ ในระหว่างวันที่ ๔ - ๘ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ช่วงที่ ๓ ในระหว่างวันที่ ๑ - ๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๗

ช่วงที่ ๔ ในระหว่างวันที่ ๒ - ๑๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ช่วงที่ ๕ ในระหว่างวันที่ ๔ - ๗ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๗

ช่วงที่ ๖ ในระหว่างวันที่ ๑ - ๕ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ช่วงที่ ๗ ในระหว่างวันที่ ๕ - ๙ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ช่วงที่ ๘ ในระหว่างวันที่ ๒ - ๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

ทั้งนี้ประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองปลิง สามารถลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือกรณีรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล ตามแบบฟอร์มที่กำหนดได้ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองปลิง (ในวันและเวลาราชการ)

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายทวีศักดิ์ อุทัยดา)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองปลิง

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน

(กรณีร้องขอด้วยตนเอง)

ชื่อ อปท. ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....นามสกุล.....อายุ..... ปี

อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน ..... ตำบล .....

อำเภอ ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

หมายเลขประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)..... สกุล ..... เบอร์ติดต่อ .....

มีความประสงค์ขอให้ (หน่วยงาน) ..... ดำเนินการช่วยเหลือ ดังนี้

๑. ประเภทการช่วยเหลือ

☐ ๑.๑ ด้านสาธารณภัย (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น) .....

☐ ๑.๒ ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น) .....

☐ ๑.๓ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น) .....

☐ ๑.๔ ด้านอื่นๆ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น) .....

๒. ข้าพเจ้าจึงขอความช่วยเหลือ (ระบุความต้องการ/สิ่งที่ขอความช่วยเหลือ)

.....

.....

.....

.....

๓. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาด้วยแล้ว จำนวน.....ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ) ..... เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

(.....)

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน

(กรณีร้องขอด้วยผู้แทน)

ชื่อ อปท. ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....นามสกุล.....อายุ..... ปี

อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน ..... ตำบล .....

อำเภอ ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

หมายเลขประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)..... สกุล ..... เบอร์ติดต่อ .....

มีความประสงค์ขอให้(หน่วยงาน) ..... ดำเนินการช่วยเหลือ.....(ชื่อผู้รับความช่วยเหลือ).....ดังนี้

๑. ประเภทการช่วยเหลือ

☐ ๑.๑ ด้านสาธารณภัย (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น) .....

☐ ๑.๒ ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น) .....

☐ ๑.๓ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น) .....

☐ ๑.๔ ด้านอื่นๆ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น) .....

๒. ข้าพเจ้าจึงขอความช่วยเหลือ (ระบุความต้องการ/สิ่งที่ขอความช่วยเหลือ)

.....

.....

.....

.....

๓. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาด้วยแล้ว จำนวน.....ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ) ..... เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

(.....)