



ห้องปลัดเทศบาล
รับเลขที่ 4
ออกเลขที่ 9 ก.พ. 2569
ผู้ปฏิบัติ

ประกาศเทศบาลเมืองเมืองปัก

เรื่อง หลักเกณฑ์การช่วยเหลือประชาชน กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ ข้อ ๔ ให้อำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการให้ความช่วยเหลือประชาชนที่ได้รับความเดือดร้อน หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำรงชีพ โดยอาจให้เป็นสิ่งของหรือจ่ายเป็นเงินหรือการจัดบริการสาธารณะเพื่อให้การช่วยเหลือประชาชนในระดับเขตพื้นที่หรือท้องถิ่น ประกอบกับระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการใช้และรักษารถยนต์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๖๓ และหนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๐๘.๒/ว๗๕๐๘ ลงวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๑ ได้แจ้งหลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้รถเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจัดบริการสาธารณะเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ได้อย่างถูกต้องภายใต้กฎหมาย ระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

ดังนั้น เพื่อให้การช่วยเหลือกรณีการรับส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล เป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ และระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการใช้และรักษารถยนต์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ แก้ไขเพิ่มเติม ถึง (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๖๓ รวมทั้งข้อกฎหมาย หนังสือสั่งการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เทศบาลเมืองเมืองปักจึงกำหนดหลักเกณฑ์การช่วยเหลือประชาชน กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ตามรายละเอียดดังนี้

๑. ผู้มีอำนาจสั่งอนุญาตใช้รถยนต์ ได้แก่ นายกเทศมนตรี หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากนายกเทศมนตรี

๒. ขอบเขตการช่วยเหลือประชาชน

เป็นการรับผู้ป่วยที่มีใบนัดการรักษาจากบ้านในเขตเทศบาลเมืองเมืองปักไปยังโรงพยาบาลปักธงชัย, โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี , โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา , โรงพยาบาลค่ายสุรนารี หรือโรงพยาบาลอื่น ๆ ในจังหวัดนครราชสีมา ที่ผู้บริหารสูงสุดเห็นสมควร และนำส่งกลับไปยังบ้านผู้ป่วย

๓. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือ

๓.๑ เป็นผู้ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านหรืออาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองเมืองปัก

๓.๒ ผู้ป่วยที่ได้รับความเดือดร้อนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำรงชีพ ได้แก่

(๑) เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

(๒) เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีคนดูแล

/ (๓) เป็นผู้ป่วย...

(๓) เป็นผู้ป่วยยากไร้ หมายถึง ผู้ที่อยู่ในครอบครัวที่มีฐานะยากจน มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ มีชีวิตยากลำบาก ขาดแคลนปัจจัยพื้นฐาน หรือ ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยที่ประสบความเดือดร้อน เพราะสาเหตุหัวหน้าครอบครัวตาย , ทอดทิ้ง สาบสูญ หรือต้องโทษจำคุก , เจ็บป่วยร้ายแรง หรือพิการจนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ , ประสบภาวะยากลำบากในการดำรงชีพ หรือไม่สามารถดูแลครอบครัวได้ด้วยเหตุอื่นใด

(๔) เป็นผู้ป่วยไร้ที่พึ่ง หมายถึง บุคคลผู้ปราศจากทรัพย์สินของหรือรายได้สำหรับยังชีพ

(๕) เป็นผู้ป่วยพิการ

(๖) เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวฐานะยากจน

(๗) กรณีอื่นๆ นอกเหนือจาก (๑) - (๖) ให้อยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการช่วยเหลือประชาชนของเทศบาลเมืองเมืองปัก

๔. ขั้นตอนการลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือ

ผู้ที่มีคุณสมบัติตามข้อ ๓.๑ และ ๓.๒ สามารถยื่นลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือตามแบบลงทะเบียนแนบท้ายประกาศ ได้ที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองเมืองปัก ในวันและเวลาราชการ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป หากไม่สามารถยื่นแบบลงทะเบียนได้ด้วยตนเอง สามารถมอบให้บุคคลอื่นเป็นผู้ดำเนินการแทนได้

สำหรับในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๙ เทศบาลเมืองเมืองปักจะรวบรวมรายชื่อผู้ยื่นลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือเพื่อนำเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการช่วยเหลือประชาชนของเทศบาลเมืองเมืองปัก ดังนี้

รอบที่ ๑ รวบรวมรายชื่อผู้ยื่นลงทะเบียน ตั้งแต่วันที่ ๙ - ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ และนำเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการฯ ในเดือนมีนาคม ๒๕๖๙

รอบที่ ๒ รวบรวมรายชื่อผู้ยื่นลงทะเบียน ตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๙ และนำเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการฯ ในเดือนมิถุนายน ๒๕๖๙

รอบที่ ๓ รวบรวมรายชื่อผู้ยื่นลงทะเบียนตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๙ และนำเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการฯ ในเดือนกันยายน ๒๕๖๙

๕. เอกสารหลักฐานการขอรับการช่วยเหลือ

(๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

(๒) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

(๓) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดำเนินการแทน จำนวน ๑ ฉบับ

(กรณีดำเนินการแทน)

(๔) เอกสารอื่น ๆ เพื่อประกอบการพิจารณาให้ความช่วยเหลือ เช่น บัตรประจำตัวผู้พิการ, ใบนัดผู้ป่วย เป็นต้น

๖. การจัดบริการรับส่งไปยังโรงพยาบาล เทศบาลเมืองเมืองปักจะพิจารณาตามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ใช้บริการ ซึ่งอาจต้องมีญาติคอยดูแลผู้ป่วยในระหว่างนำส่งโรงพยาบาล

๗. สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ทางโทรศัพท์ หมายเลข ๐ ๔๔๒๘ ๔๖๔๗ ต่อ ๕๐๑๗๕ หรือ ๐๙ ๒๒๗๑ ๖๑๐๘ (กนกาวลี)

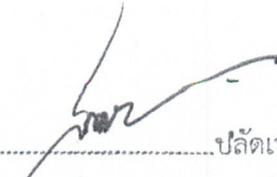
/ ทั้งนี้ ...

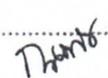
ทั้งนี้ เทศบาลเมืองเมืองปักจะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการช่วยเหลือประชาชนของเทศบาลเมืองเมืองปักให้ทราบในลำดับต่อไป

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๙ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๙


(นายกิตติศักดิ์ พันธุ์เกษม)
นายกเทศมนตรีเมืองเมืองปัก


..... ปลัดเทศบาล
..... รองปลัดเทศบาล

..... ผู้อำนวยการกอง
..... หัวหน้างาน

..... เจ้าหน้าที่/พิมพ์

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล

เทศบาลเมืองเมืองปัก อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา

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

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลผู้ป่วยที่ขอรับความช่วยเหลือ

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

๒. เลขประจำตัวประชาชน - - - -

๓. วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุปี หมายเลขโทรศัพท์.....

๔. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านตนเอง บ้านเช่า อาศัยอยู่กับญาติ ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง อื่นๆ
ระบุ บ้านเลขที่หมู่ที่ตำบลเมืองปัก อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา

๕. สถานภาพ โสด สมรสอยู่ด้วยกัน สมรสแยกกันอยู่ หย่าร้าง หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

๖. ป่วยเป็นโรค.....

อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

๗. ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อยู่อาศัยอยู่ร่วมกันจริงในปัจจุบัน)

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

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ประกอบอาชีพ.....
รายได้.....บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์.....

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

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ประกอบอาชีพ.....
รายได้.....บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์.....

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

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ประกอบอาชีพ.....
รายได้.....บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์.....

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

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ประกอบอาชีพ.....
รายได้.....บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์.....

ส่วนที่ ๒ ปัญหาความเดือดร้อนของผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับความเดือดร้อนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำรงชีพ ดังนี้ (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

๑. เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

๒. เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล

/๔.เป็นผู้...

๓. เป็นผู้ป่วยยากไร้

๔. เป็นผู้ป่วยไร้ที่พึ่ง

๕.เป็นผู้ป่วยพิการ

๕.๑. ความพิการทางการมองเห็น

๕.๒. ความพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย

๕.๓. ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

๕.๔. ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

๕.๕. ความพิการทางสติปัญญา

๕.๖. ความพิการทางออทิสติก

๖. เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวฐานะยากจน

ส่วนที่ ๓ ผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย (ถ้าผู้ป่วยยื่นคำขอเองไม่ต้องกรอก)

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

๒. เลขประจำตัวประชาชน - - - -

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

๔. ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบลเมืองปัก อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา

ส่วนที่ ๔ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาประกอบคำขอ ดังนี้

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย

๒. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย

๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย

๔. อื่น ๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นที่ให้ถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากการให้ข้อมูลของข้าพเจ้า ไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้เทศบาลเมืองเมืองปัก ระงับการช่วยเหลือ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ..... ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน
(.....)

วันที่.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงและคุณสมบัติผู้ขอรับความช่วยเหลือ

คณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงและคุณสมบัติผู้ขอรับความช่วยเหลือ มีความเห็นดังนี้

- รับขึ้นทะเบียน
- ไม่รับขึ้นทะเบียน

ลงชื่อ.....

(นางวิรัตน์ ร่วมกระโทก)

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม