**แบบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น**

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

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

**1. รายละเอียดของผู้รับบริการ**

1.1 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

1.2 สิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ □ มี □ ไม่มี

1.3 ชื่อ – สกุล ........................................................................................................................................

อายุ..........................ปี เพศ □ ชาย □ หญิง

อาชีพ □ เกษตรกร □ ข้าราชการ □ พนักงานรัฐวิสาหกิจ

□ พนักงานเอกชน □ รับจ้าง □ อื่นๆ ................................................................

ระดับการศึกษา □ ประถมศึกษา □ มัธยมศึกษา □ ปวช.

□ ปวส. □ ปริญญาตรี □ อื่นๆ .......................................

รายได้ต่อเดือน ............................................... บาท

ระบุภาระที่ผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบเศรษฐานะ ................................................................................

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

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

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

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

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

1.4 ที่อยู่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก...............................................................................................................

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

**2. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ 1 ไม่ต้องกรอก)**

2.1 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

2.2 ชื่อ – สกุล ........................................................................................................................................

อายุ..........................ปี เพศ □ ชาย □ หญิง

อาชีพ □ เกษตรกร □ ข้าราชการ □ พนักงานรัฐวิสาหกิจ

□ พนักงานเอกชน □ รับจ้าง □ อื่นๆ ....................................................

ระดับการศึกษา □ ประถมศึกษา □ มัธยมศึกษา □ ปวช.

□ ปวส. □ ปริญญาตรี □ อื่นๆ .......................................

2.3 ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ □ คู่สมรส □ เจ้าหน้าที่ รพ. □ ญาติ □ ตนเอง

□ บิดา/มารดา □ บุตร □ เพื่อน □ อื่นๆ.......

2.4 ที่อยู่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....................................................................................................

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

**3. รายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล**

3.1 □ เข้ารับบริการ 1 แห่ง □ เข้ารับบริการมากกว่า 1 แห่ง

3.2 วันที่เข้ารับบริการ.....................................................................................................................................

3.3 จังหวัดสถานพยาบาล ที่เข้ารับบริการ........................................................................................................

3.4 สถานพยาบาล ที่เข้ารับบริการ...................................................................................................................

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

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

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

3.7 เหตุที่เข้ารับการรักษาพยาบาล.......................................................................................................

3.8 ความเสียหายที่เกิดขึ้นได้แก่ (บอกเล่าหรือบรรยายถึงเหตุการณ์และความเสียหายต่าง ๆ ที่ได้รับ

และระบุความต้องการ).............................................................................................................................

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**4. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง (ทั้งของผู้ยื่นคำร้องและผู้รับบริการ)**

□ 4.1 สำเนาบัตรประชาชน

□ 4.2 สำเนาทะเบียนบ้าน

□ 4.3 เอกสารทางการแพทย์หรือรายละเอียดข้อมูลอื่น ๆ (ถ้ามี).......................................................

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

( )

**5. หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามีการมอบอำนาจ)**

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า........................................................................(ระบุชื่อผู้รับบริการหรือทายาท)

ซึ่งเป็น □ ผู้รับบริการ □ ทายาท □ ผู้อุปการะ ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของ ..........................................................(ระบุชื่อหน่วยบริการ) ..........................................ขอมอบอำนาจให้............................................................ (ระบุชื่อผู้รับมอบอำนาจ)…………………………………………………………………..

เป็นตัวแทนโดยชอบด้วยกฎหมายแทนข้าพเจ้า เพื่อดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่ง หนังสือนี้ เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ.................................................ผู้รับมอบอำนาจ

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

ลงชื่อ.................................................ผู้มอบอำนาจ

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

ลงชื่อ..................................................พยาน

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

ลงชื่อ.................................................พยาน

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