**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

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