

แบบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ชื่อหน่วยรับคำร้อง.....

วันที่ยื่นคำร้อง.....

๑. รายละเอียดของผู้รับบริการ

๑.๑ ชื่อ-สกุล.....

๑.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๑.๓ สัทธิตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพ (มีสิทธิบัตรทอง) มี ไม่มี

๑.๔ การศึกษา.....อาชีพ.....รายได้.....

สถานภาพอื่น.....(ระบุให้ทราบถึงภาระที่ผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบ เศรษฐฐานะ)

๑.๕ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

๒. รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาพยาบาล

๒.๑ ชื่อหน่วยบริการ.....

๒.๒ สถานที่ตั้ง.....

.....

๒.๓ วันที่มีความเสียหายเกิดขึ้นหรือวันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น.....

๒.๔ เหตุที่เข้ารับการรักษาพยาบาล.....

๒.๕ ความเสียหายที่เกิดขึ้นได้แก่.....

.....

(บอกเล่าหรือบรรยายถึงเหตุการณ์และความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับและระบุความต้องการ)

๓. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๓.๑ ชื่อ-สกุล.....

๓.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๓.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

๓.๔ การศึกษา.....อาชีพ.....รายได้.....

๓.๕ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง (ทั้งของผู้ยื่นคำร้องและผู้รับบริการ)

๔.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

๔.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน

๔.๓ เอกสารทางการแพทย์หรือรายละเอียดข้อมูลอื่นๆ (ถ้ามี)

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

๕. หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามีการมอบอำนาจ)

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล).....
ซึ่งเป็น ผู้รับบริการ ทายาท ผู้อุปการะ ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล
ของ(ระบุชื่อหน่วยบริการ).....ขอมอบอำนาจ
ให้.....(ระบุชื่อผู้รับมอบอำนาจ).....
เป็นตัวแทนโดยชอบด้วยกฎหมายแทนข้าพเจ้า เพื่อดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณี ได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้
เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)