

แบบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ชื่อหน่วยรับคำร้อง.....

วันที่ยื่นคำร้อง.....

๑. รายละเอียดของผู้รับบริการ

๑.๑ ชื่อ - สกุล.....

๑.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□

๑.๓ สิทธิการรักษาพยาบาล

☐ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ☐ สิทธิ อปท. ☐ สิทธิ..... ☐ ไม่มี

๑.๔ อาชีพ.....รายได้.....สถานภาพอื่น.....(ระบุให้ทราบถึงภาระ
ที่ผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบ (เศรษฐกิจ).....

๑.๕ ที่อยู่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

โทรศัพท์

๒. รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาพยาบาล

๒.๑ ชื่อหน่วยบริการ.....

๒.๒ สถานที่ตั้ง.....

๒.๓ วันที่ความเสียหายเกิดขึ้นหรือวันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น.....

๒.๔ เหตุที่เข้ารับการรักษาพยาบาล.....

๒.๕ ความเสียหายที่เกิดขึ้นได้แก่ (บอกเล่าหรือบรรยายถึงเหตุการณ์และความเสียหายต่าง ๆ ที่ได้รับ)

.....

.....

๒.๖ สรุปประเด็นที่ร้องเรียนหรือความต้องการ (โปรดระบุ)

- ๑.....
- ๒.....
- ๓.....
- ๔.....
- ๕.....
- ๖.....

๓. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๓.๑ ชื่อ - สกุล

๓.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๓.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

๓.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....
.....โทรศัพท์.....

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง (ทั้งของผู้ยื่นคำร้องและผู้รับบริการ)

- แบบฟอร์มการยื่นคำร้อง กรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน
- สำเนาบัตรประชาชนหรือสูติบัตรของผู้เสียหาย
- สำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ยื่นคำร้อง (กรณีผู้เสียหายเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ หรือมีเหตุไม่สามารถยื่นเองได้)
- สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน ผู้รับผลประโยชน์ (กรณีผู้เสียหายเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ)
- สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร(หน้าแรก) ของผู้เสียหาย หรือของทายาทที่จะรับเงินโอน
- สำเนาเวชระเบียนของผู้ได้รับความเสียหาย ได้แก่ OPD Card Discharge Summary ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลเอกซเรย์
- ใบรับรองแพทย์ของผู้ได้รับความเสียหาย
- ภาพถ่ายแสดงถึงความเสียหาย (ถ้ามี)
- เอกสารทางการแพทย์ หรือรายละเอียดข้อมูลอื่นๆ หรือ เอกสารแสดงความสัมพันธ์หรือภาระที่ต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี) เช่น สำเนาทะเบียนสมรสหรือหลักฐานที่แสดงว่าเป็นผู้อุปการะเลี้ยงดู, ใบมรณบัตร, ใบเสร็จรับเงิน หรือใบแจ้งหนี้ อื่นๆ
- หนังสือมอบอำนาจ กรณีผู้ยื่นคำร้องไม่ใช่ผู้รับบริการ/ผู้ได้รับความเสียหายโดยตรง แต่ให้ญาติยื่นแทน ต้องมีหนังสือมอบอำนาจจากทายาทตามกฎหมายเท่านั้น**
- ลงลายมือชื่อ รับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ

๕. กรณีผลการพิจารณาคำร้อง มีมติให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร

โดยได้แนบหน้าสมุดบัญชีธนาคาร (ชื่อธนาคาร)

เลขที่บัญชี.....ของ(ระบุชื่อบัญชี).....

ของผู้รับบริการ/ผู้ยื่นคำร้อง มาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

๖. หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามีการมอบอำนาจ)

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....(ระบุชื่อผู้รับบริการ หรือทายาท) ซึ่งเป็นผู้รับบริการหรือทายาทที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของ..... (ชื่อหน่วยบริการ) ขอมอบอำนาจให้(ระบุชื่อ).....

เป็นตัวแทนโดยชอบด้วยกฎหมายแทนข้าพเจ้า เพื่อดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้ เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

แนวปฏิบัติการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข พื้นที่จังหวัดลำปาง (มาตรา ๔๑) ดังนี้

๑. ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง ได้แก่ ผู้รับบริการหรือผู้ได้รับความเสียหาย หรือ ทายาท หรือ ผู้อุปการะ (กรณีไม่มีทายาท) ที่ให้การช่วยเหลือเกื้อกูลหรือดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลานานพอสมควร หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ

๒. สถานที่ยื่นคำร้อง ได้แก่ หน่วยบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่

๓. ระยะเวลาในการยื่นคำร้อง ภายใน ๒ ปี นับแต่วันที่ทราบความเสียหาย

๔. หากมีข้อสงสัย ติดต่อสอบถามได้ที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โทรศัพท์ ๐๒ ๑๔๑ ๔๐๐๐ เวลาราชการ โทรสาร ๐๒ ๑๔๓ ๙๗๓๐-๑ หรือติดต่อ สายด่วน สปสช. ๑๓๓๐ เปิดบริการ ๒๔ ชั่วโมง หรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่ หรือ ผู้ประสานงาน กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง นางจุฑามาศ คำเครื่อง โทรศัพท์ ๐๕๔-๒๓๑๓๖๓