



ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี
เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี
พ.ศ. ๒๕๖๖

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นการช่วยเหลือประชาชนที่เจ็บป่วยซึ่งเป็นผู้ที่ยากไร้ ไร้ที่พึ่ง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยช่วยเหลือเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ เป็นการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่ยากไร้ตามสมควรแก่กรณี นั้น

ดังนั้น เพื่อให้การอนุมัติการสงเคราะห์ช่วยเหลือประชาชนที่เจ็บป่วยซึ่งเป็นผู้ที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี การให้ความช่วยเหลือหรือดำเนินการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล อาศัยอำนาจตามมาตรา ๓๕/๕ (๔) แห่งพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ข้อ ๙ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐ ประกอบมติที่ประชุมคณะกรรมการพิจารณาค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี ครั้งที่ ๑/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ จึงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ ดำเนินการตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี พ.ศ. ๒๕๖๖”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“ผู้ป่วยที่ยากไร้” หมายความว่า ผู้ป่วยที่ยากจน ซึ่งมีสิทธิได้รับการสงเคราะห์ตามหลักเกณฑ์การสงเคราะห์ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

“ผู้ดูแล” หมายความว่า บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา พี่น้อง หรือบุคคลอื่นใดที่รับดูแลหรืออุปการะผู้ป่วยที่ยากไร้

“การสงเคราะห์” หมายความว่า การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยากไร้เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

ข้อ ๔ คุณสมบัติผู้ป่วยที่ยากไร้ที่จะยื่นคำขอรับการสงเคราะห์

(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) มีภูมิลำเนาในเขตจังหวัดอุดรธานี

(๓) ได้เข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาลรัฐ หรือสถานพยาบาลของรัฐส่งต่อการรักษาไปยังสถานพยาบาลเอกชนโดยสิทธิสวัสดิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่ต้นสังกัดส่งต่อไป

/ข้อ ๕ ผู้ป่วย...

ข้อ ๕ ผู้ป่วยที่ยากไร้ได้ดำเนินการขอรับการสงเคราะห์จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานีแล้วไม่เพียงพอ หรือไม่ได้รับการสงเคราะห์เนื่องจากถูกจำกัดด้วยงบประมาณ องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานีสามารถให้การสงเคราะห์เพิ่มเติมได้ตามที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๒,๐๐๐ บาทต่อคน และไม่เกินสามครั้งต่อคนต่อปีงบประมาณ

ในกรณีผู้ป่วยที่ยากไร้มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีความจำเป็นจะต้องได้รับการสงเคราะห์มากกว่าสามครั้ง องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานีจะดำเนินการขอความเห็นชอบจากผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นรายกรณีไป

ข้อ ๖ การขอรับการสงเคราะห์

(๑) ผู้ป่วยที่ยากไร้หรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ยากไร้ ยื่นแบบขอรับการสงเคราะห์ตามแบบที่กำหนดต่อเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลที่ตนพักอาศัยอยู่ปัจจุบัน และให้เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลส่งแบบคำขอรับการสงเคราะห์ไปยังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานีต่อไป

(๒) สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานีตรวจสอบข้อมูลและพิจารณาให้การสงเคราะห์ตามหลักเกณฑ์การสงเคราะห์ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ก่อน กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการสงเคราะห์ตามข้อ ๕ จะส่งต่อคำขอนั้นพร้อมหลักฐานและเหตุผลประกอบการพิจารณาไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี เพื่อดำเนินการตามระเบียบต่อไป

ข้อ ๗ เอกสารที่ใช้ในการขอรับการสงเคราะห์ ดังนี้

(๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วยหรือผู้ดูแล

(๒) สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ป่วย (ถ้ามี)

(๓) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล

(๔) แบบคำขอรับการสงเคราะห์ (แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานีในการขอรับค่าเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ โดยมีผู้รับรองเป็นปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.) หรือเจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย

(๕) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ป่วย/ใบนัด/หนังสือส่งตัวไปรักษาสถานพยาบาลอื่น

(๖) สำเนาบัญชีธนาคารผู้ป่วยหรือผู้ดูแล

(๗) สำเนาใบยินยอมให้โอนเงินผ่านธนาคารหรือ KTB corporate

(๘) สำเนาเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๘ วิธีการจ่ายเงินสงเคราะห์

วิธีจ่ายเงินสงเคราะห์เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) เข้ารับการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยที่ยากไร้ องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานีจะโอนเงินผ่านบัญชีเงินฝาก ประเภทออมทรัพย์หรือ KTB corporate ในชื่อบัญชีของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ดังนี้

(๑) บัญชีของผู้ป่วยที่ยากไร้

(๒) บัญชีที่ได้รับมอบอำนาจตามกฎหมาย

(๓) บัญชีผู้ดูแลที่ได้รับมอบอำนาจ

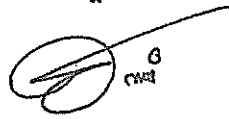
(๔) บัญชีผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้ดูแล

ข้อ ๘ การพิจารณาให้การสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) เข้ารับการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยที่ยากไร้ของคณะกรรมการพิจารณาค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานีให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์

หากผู้ป่วยที่ยากไร้ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ยากไร้มีความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ สามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ฝ่ายอำนวยการ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี ถนนมูขมนตรี ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ๔๑๐๐๐ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๔๒ ๒๔๔๓๔๓-๕ ต่อ ๑๑๖ ในวันเวลาทำการของทางราชการ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

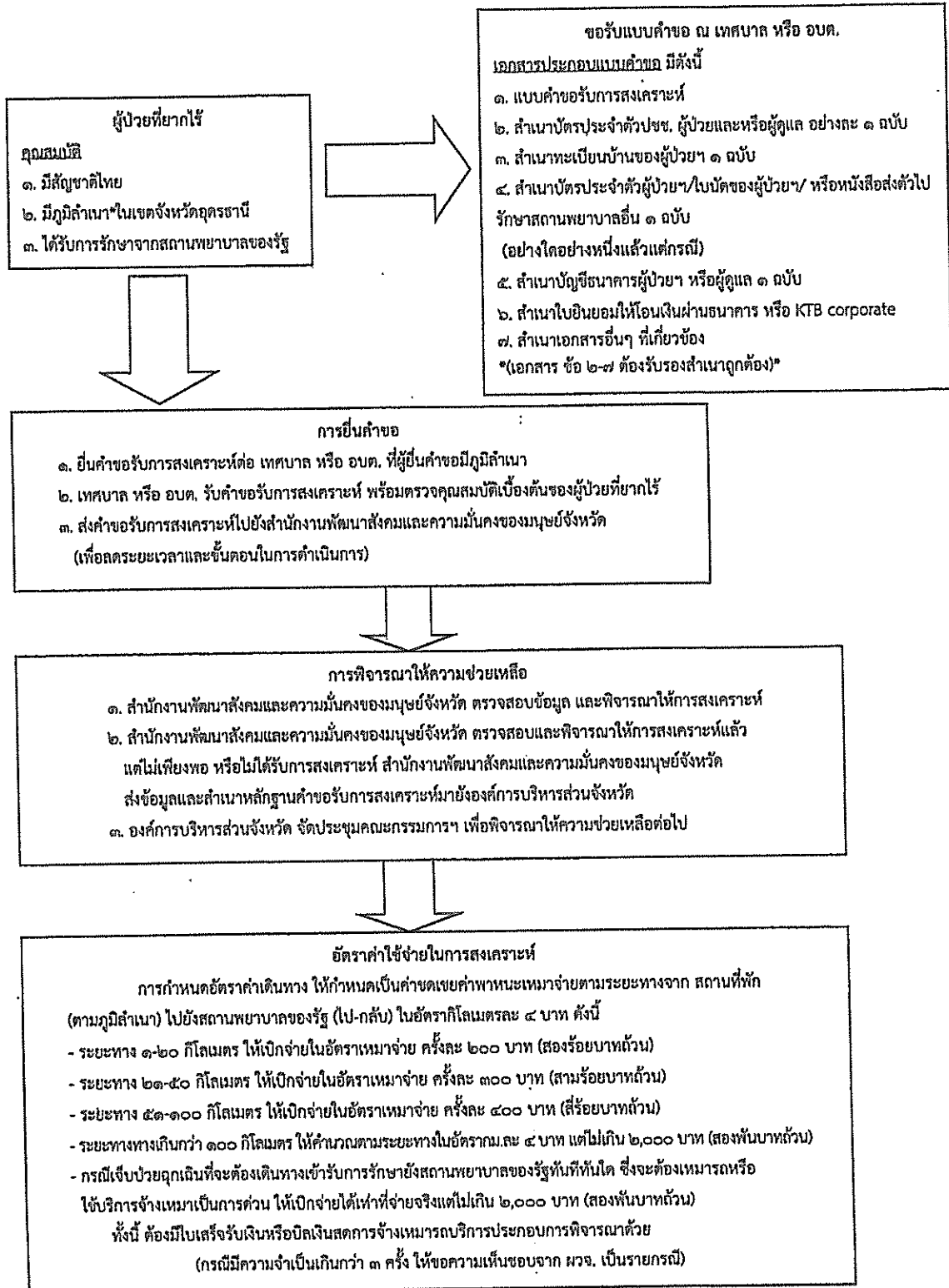
ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายวิเชียร ขาวขำ)
นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี

หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย

ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐



แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี

ในการขอรับค่าเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ

ชื่อผู้ป่วย นาย/นาง/น.ส./ต.ช./ต.ญ.นามสกุล.....อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดอุดรธานี หมายเลขโทรศัพท์.....
บุคคลที่สามารถติดต่อได้/ผู้ดูแลผู้ป่วย ชื่อ-สกุล.....
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....
ภูมิลำเนาในเขตพื้นที่ ทน./ทม./ทต./อบต.ป่วยด้วยโรค..... รักษาครั้งแรก
สถานพยาบาลที่รักษา.....ความถี่ในการรักษา.....ครั้ง/เดือน/ปี รักษาต่อเนื่อง
รายได้.....บาท/เดือน เป็นคนใช้ในพระราชานุเคราะห์ เป็นคนไร้ที่พึ่ง อื่นๆ

ผู้ป่วยที่ยากไร้ฯ ได้รับเงินสงเคราะห์จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด
อุดรธานี ซึ่งได้นำเงินจำนวนดังกล่าวไปเป็นค่าใช้จ่ายและไม่เพียงพอ จึงขอรับการสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการ
เดินทางไปรักษาพยาบาล ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วย ที่ยากไร้ของ
องค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังนี้

ระยะทาง (ไป-กลับ) จากบ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัดอุดรธานี ถึงสถานพยาบาลของรัฐ.....ระยะทาง.....กิโลเมตรเป็นเงิน.....บาท

ทั้งนี้ได้แนบเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินค่าเดินทางพร้อมรับรองความถูกต้องของสำเนา มาพร้อมนี้
ด้วยแล้ว

- แบบคำขอรับการสงเคราะห์ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ๑ ฉบับ
 สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ สำเนาบัญชีธนาคารกรุงไทย หรือธนาคารอื่นๆ ของผู้ป่วย
ที่ยากไร้หรือผู้ดูแล ๑ ฉบับ

* (กรณีให้โอนค่าพาหนะเข้าบัญชีของผู้ดูแล ให้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดูแล ๑ ฉบับ

- สำเนาใบยินยอมให้โอนเงินผ่านธนาคาร หรือ KTB corporate
 สำเนาบัตรประจำตัวผู้ป่วย / ใบนัดของสถานพยาบาลของรัฐ / หนังสือส่งตัวไปรักษาพยาบาลอื่น
(*อย่างใดอย่างหนึ่งแล้วแต่กรณี) ๑ ฉบับ
 สำเนาเอกสารอื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจสอบแล้วพบว่า ข้อมูล
ส่วนใดส่วนหนึ่งไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ระงับการช่วยเหลือและคืนเงินค่าพาหนะเดินทาง ที่ได้รับ
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้ดูแล
(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับเรื่อง
(.....)

ตำแหน่ง.....(เจ้าหน้าที่อปท.)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรองข้อมูล
(.....)

ตำแหน่ง.....(ปลัดอปท.)

วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานี

ตรวจสอบแล้ว เอกสารครบถ้วน เอกสารไม่ครบถ้วน เป็นผู้ยากไร้ ไม่ได้เป็นผู้ยากไร้

กรณี เป็นผู้ยากไร้ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานี

ให้การสงเคราะห์แล้วเพียงพอ ให้การสงเคราะห์แล้ว ไม่เพียงพอ เห็นควร.....

.....

ไม่ได้ให้การสงเคราะห์ เห็นควร.....

.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ พมจ.บก.
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี

ตรวจสอบแล้ว เอกสารครบถ้วน เอกสารไม่ครบถ้วน

เป็นผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี ที่ได้รับการสงเคราะห์ช่วยเหลือ

เป็นค่าเดินทางไปรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ เป็นครั้งที่ ครั้งที่ ๑ ครั้งที่ ๒ ครั้งที่ ๓

และได้รับการอนุมัติให้ความช่วยเหลือเป็นค่าเดินทางไปรักษาพยาบาลฯ เบิกจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

ครั้งที่.....เมื่อวันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ อบจ.อด
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

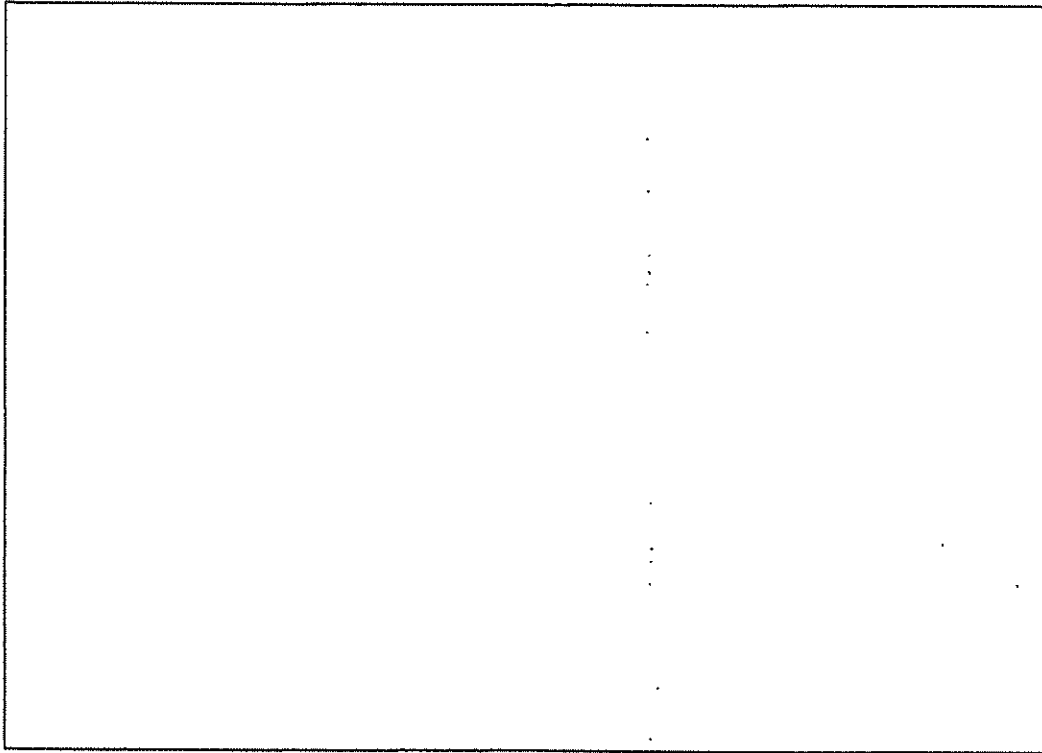
สำหรับผู้ป่วยที่ยากไร้ของอบจ.อุดรธานีหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ยากไร้ของอบจ.อุดรธานี

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส./ค.ช./ค.ญ.....ได้รับคำพาหนะเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ จำนวนเงิน.....บาท โดยได้โอนเงินเข้าบัญชีชื่อ.....

.....บัญชีเลขที่.....เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน (ผู้ป่วย/ผู้ดูแล)
(.....)
วันที่.....

แผนที่ตั้งบ้านของผู้ป่วยที่ยากไร้ฯ พอสั่งเขป



* คำนวณระยะทางจากเกณฑ์ของ Google Map เป็นหลัก

หมายเหตุ ๑. หากผู้ป่วยที่ยากไร้ไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ สามารถประทับลายนิ้วมือได้

๒. Down load แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ ได้ที่



๓. Down load ใบสำคัญรับเงิน ได้ที่



๔. ให้ อปท. จัดทำหนังสือนำส่งเอกสารข้างต้น ไปยัง สนง.พมจ.อด. กลุ่มการพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

๕. สอบถามเพิ่มเติม ฝ่ายอำนวยการ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี โทร ๐๔๒-๒๔๔๓๙๓ ต่อ ๑๑๖

