



ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

(ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๖๒

โดยที่เห็นสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ลงวันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๑ เพื่อให้การอนุมัติให้การสงเคราะห์ ความช่วยเหลือ หรือดำเนินการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสามารถตอบสนองต่อความต้องการและให้การสงเคราะห์แก่ผู้ยากไร้ได้อย่างแท้จริง อาศัยอำนาจตาม มาตรา ๓๕/๕ (๔) แห่งพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ และ ข้อ ๙ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดพ.ศ.๒๕๖๐ ประกอบกับมติที่ประชุมคณะกรรมการการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ครั้งที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ เมื่อวันที่ ๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ภายใต้บังคับของระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๖๒”

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความในข้อ ๓ ของประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ลงวันที่ ๑๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๓ การกำหนดอัตราค่าเดินทางให้กำหนดเป็นค่าชดเชยค่าพาหนะเหมาจ่ายตามระยะทางจากสถานที่พัก (ตามภูมิลำเนา) ไปยังสถานพยาบาลของรัฐ (ไป-กลับ) ในอัตรากิโลเมตรละ ๔ บาท ดังนี้

๓.๑ กรณีเดินทาง (ไป-กลับ) ระยะทาง ๑-๒๐ กิโลเมตร ให้เบิกจ่ายในอัตราเหมาจ่าย ครั้งละ ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน)

๓.๒ กรณีเดินทาง (ไป-กลับ) ระยะทาง ๒๑-๕๐ กิโลเมตร ให้เบิกจ่ายในอัตราเหมาจ่าย ครั้งละ ๓๐๐ บาท (สามร้อยบาทถ้วน)

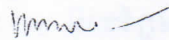
๓.๓ กรณีเดินทาง (ไป-กลับ) ระยะทาง ๕๑-๑๐๐ กิโลเมตร ให้เบิกจ่ายในอัตรา
เหมาจ่าย ครั้งละ ๔๐๐ บาท (สี่ร้อยบาทถ้วน)

๓.๔ กรณีเดินทาง (ไป-กลับ) ระยะทางเกินกว่า ๑๐๐ กิโลเมตร ให้คำนวณตาม
ระยะทางในอัตรากิโลเมตรละ ๔ บาท แต่เมื่อรวมระยะทางแล้วคำนวณได้ ต้องไม่เกินครั้งละ
๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน)

๓.๕ กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินที่จะต้องเดินทางเข้ารับการรักษายังสถานพยาบาล
ของรัฐทันทีทันใด ซึ่งจะต้องเหมารถหรือใช้บริการเป็นการด่วน ให้เบิกจ่ายได้เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน
ครั้งละ ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน) ทั้งนี้ ต้องมีใบเสร็จรับเงินหรือบิลเงินสดการจ้างเหมารถบริการ
ประกอบการพิจารณาด้วย

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ประกาศเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๒



(นายทองศักดิ์ ทวีทอง)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ขั้นตอนการดำเนินการการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย

ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐

ผู้ป่วยที่ยากไร้
คุณสมบัติ
๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนา*ในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี
๓. ได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลของรัฐ

ขอรับแบบคำขอ ณ เทศบาล หรือ อบต.
เอกสารประกอบแบบคำขอ มีดังนี้
๑. แบบคำขอรับการสงเคราะห์
๒. สำเนาบัตรประชาชน ผู้ป่วยและหรือผู้ดูแล อย่างละ ๑ ฉบับ
๓. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วยฯ ๑ ฉบับ
๔. สำเนาบัตรประจำตัวผู้ป่วยฯ/ใบนัดของผู้ป่วยฯ/
หรือหนังสือส่งตัวไปรักษาสถานพยาบาลอื่น ๑ ฉบับ
(อย่างใดอย่างหนึ่งแล้วแต่กรณี)
๕. สำเนาบัญชีธนาคารผู้ป่วยฯ หรือผู้ดูแล ๑ ฉบับ
๖. สำเนาเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
เอกสาร ๒-๖ ต้องรับรองสำเนาถูกต้อง

การยื่นคำขอ
๑. ยื่นคำขอรับการสงเคราะห์ ณ เทศบาล หรือ อบต. ที่ผู้ยื่นคำขอมมีภูมิลำเนา
๒. เทศบาลและ อบต. รับคำขอรับการสงเคราะห์ พร้อมตรวจคุณสมบัติเบื้องต้นของผู้ป่วยที่ยากไร้
๓. ส่งคำขอรับการสงเคราะห์ไปยังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด
(เพื่อลดระยะเวลาและขั้นตอนในการดำเนินการ)

การพิจารณาให้ความช่วยเหลือ
๑. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ตรวจสอบข้อมูล และพิจารณาให้การสงเคราะห์
๒. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ตรวจสอบและพิจารณาให้การสงเคราะห์แล้ว
แต่ไม่เพียงพอ หรือไม่ได้รับการสงเคราะห์ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด
ส่งข้อมูลและสำเนาหลักฐานคำขอรับการสงเคราะห์มายังองค์การบริหารส่วนจังหวัด
๓. องค์การบริหารส่วนจังหวัด จัดประชุมคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณาให้ความช่วยเหลือต่อไป

อัตราค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์
การกำหนดอัตราค่าเดินทาง ให้กำหนดเป็นค่าชดเชยค่าพาหนะเหมาจ่ายตามระยะทางจาก
สถานที่พัก (ตามภูมิลำเนา) ไปยังสถานพยาบาลของรัฐ (ไป-กลับ) ในอัตรากิโลเมตรละ ๔ บาท ดังนี้
- ระยะทาง ๑-๒๐ กิโลเมตร ให้เบิกจ่ายในอัตราเหมาจ่าย ครั้งละ ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน)
- ระยะทาง ๒๑-๕๐ กิโลเมตร ให้เบิกจ่ายในอัตราเหมาจ่าย ครั้งละ ๓๐๐ บาท (สามร้อยบาทถ้วน)
- ระยะทาง ๕๑-๑๐๐ กิโลเมตร ให้เบิกจ่ายในอัตราเหมาจ่าย ครั้งละ ๔๐๐ บาท (สี่ร้อยบาทถ้วน)
- ระยะทางทางเกินกว่า ๑๐๐ กิโลเมตร ให้คำนวณตามระยะทางในอัตรา ก.ละ ๔ บาท แต่ไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน)
- กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินที่จะต้องเดินทางเข้ารับการรักษายังสถานพยาบาลของรัฐทันทีทันใด ซึ่งจะต้องเหมารถหรือ
ใช้บริการจ้างเหมาเป็นการด่วน ให้เบิกจ่ายได้เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน)
ทั้งนี้ ต้องมีใบเสร็จรับเงินหรือบิลเงินสดการจ้างเหมารถบริการประกอบการพิจารณาด้วย
(กรณีมีความจำเป็นเกินกว่า ๓ ครั้ง ให้ขอความเห็นชอบจาก ผวจ. เป็นรายกรณี)

แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ในการขอรับค่าเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ

ชื่อผู้ป่วย นาย/นาง/น.ส./ค.ช./ค.ญ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดสุราษฎร์ธานี หมายเลขโทรศัพท์.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้/ผู้ดูแลผู้ป่วย ชื่อ-สกุล.....

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

ภูมิลำเนาในเขตพื้นที่ ทน./ทม./ทต./อบต.....ป่วยด้วยโรค..... รักษาครั้งแรก

สถานพยาบาลที่รักษา.....ความถี่ในการรักษา.....ครั้ง/เดือน/ปี รักษาต่อเนื่อง

รายได้.....บาท/เดือน เป็นคนใช้ในพระราชานุเคราะห์ เป็นคนใช้ทั่วไป อื่นๆ.....

ผู้ป่วยที่ยากไร้ ได้รับเงินสงเคราะห์จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งได้นำเงินจำนวนดังกล่าวไปเป็นค่าใช้จ่ายและไม่เพียงพอ จึงขอรับการสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาล ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังนี้

ระยะทาง(ไป-กลับ)จากบ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัดสุราษฎร์ธานี ถึงสถานพยาบาลของรัฐ.....ระยะทาง.....กิโลเมตรเป็นเงิน.....บาท

ทั้งนี้ได้แนบเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินค่าเดินทางพร้อมรับรองความถูกต้องของสำเนา มาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

แบบคำขอรับการสงเคราะห์ สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยที่ยากไร้ ๑ ฉบับ สำเนาบัญชีธนาคารกรุงไทยหรือธนาคารอื่นๆ ของผู้ป่วยที่ยากไร้หรือผู้ดูแล ๑ ฉบับ

* (กรณีให้ออนค่าพาหนะเข้าบัญชีของผู้ดูแล ให้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดูแล ๑ ฉบับ)

สำเนาบัตรประจำตัวผู้ป่วย / ใบนัดของสถานพยาบาลของรัฐ / หนังสือส่งตัวไปรักษาพยาบาลอื่น (*อย่างใดอย่างหนึ่งแล้วแต่กรณี) ๑ ฉบับ สำเนาเอกสารอื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจสอบแล้วพบว่าข้อมูลส่วนใดส่วนหนึ่งไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ระงับการช่วยเหลือและคืนเงินค่าพาหนะเดินทางที่ได้รับตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้ดูแล
(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรองข้อมูล
(.....)

ตำแหน่ง..... (ปลัดอปท.)

ชื่อ.....ผู้รับเรื่อง
(.....)
ตำแหน่ง..... (เจ้าหน้าที่อปท.)
ที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตรวจสอบแล้ว เอกสารครบถ้วน เอกสารไม่ครบถ้วน เป็นผู้ยากไร้ ไม่ได้เป็นผู้ยากไร้

กรณี เป็นผู้ยากไร้ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ให้การสงเคราะห์แล้วเพียงพอ ให้การสงเคราะห์แล้ว ไม่เพียงพอ เห็นควร.....

ไม่ได้ให้การสงเคราะห์ เห็นควร.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ พมจ.สฎ.

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตรวจสอบแล้ว เอกสารครบถ้วน เอกสารไม่ครบถ้วน

เป็นผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ได้รับการสงเคราะห์ช่วยเหลือ

เป็นค่าเดินทางไปรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ เป็นครั้งที่ ครั้งที่ ๑ ครั้งที่ ๒ ครั้งที่ ๓

และได้รับการอนุมัติให้ความช่วยเหลือเป็นค่าเดินทางไปรักษาพยาบาลฯ เบิกจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

ครั้งที่.....เมื่อวันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ อบจ.สฎ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

สำหรับผู้ป่วยที่ยากไร้ของอบจ.สุราษฎร์ธานีหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ยากไร้ของอบจ.สุราษฎร์ธานี

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส./ด.ช./ด.ญ.....ได้รับคำพาหนะเพื่อเข้ารับการ

รักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ จำนวนเงิน.....บาท โดยได้โอนเงินเข้าบัญชีชื่อ

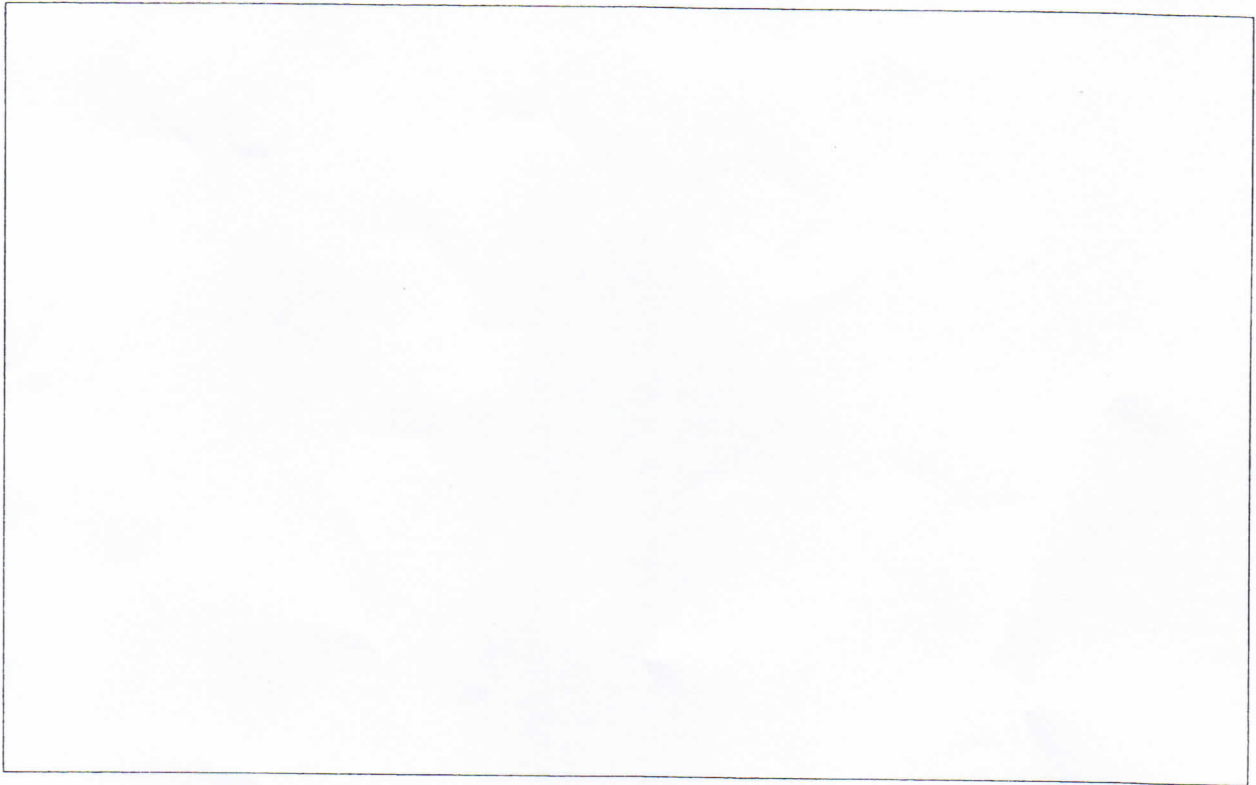
.....บัญชีเลขที่.....เรียบร้อยแล้ว

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

(.....)

วันที่.....

แผนที่ตั้งบ้านของผู้ป่วยที่ยากไร้ฯ พอสังเขป



*คำนวณระยะทางจากเกณฑ์ของ Google Map เป็นหลัก

- หมายเหตุ** ๑. หากผู้ป่วยที่ยากไร้ไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ สามารถประทับลายนิ้วมือได้
๒. Down load แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ ได้ที่ Web site ของ กองส่งเสริมคุณภาพชีวิต อบจ.สุราษฎร์ธานี <http://www.suratpao.go.th/qualityoflife/service/?cate=1> “หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี “
๓. ให้ อปท.จัดทำหนังสือ นำส่งเอกสารข้างต้น ไปยัง สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มการพัฒนาสังคมและสวัสดิการ โทร. ๐๗๗-๓๕๕๐๘๐-๑
๔. สอบถามเพิ่มเติม กองส่งเสริมคุณภาพชีวิต อบจ.สุราษฎร์ธานี โทร ๐๗๗-๙๕๓๑๒๓-๗ ต่อ ๕๑๔

แบบรับรองการไปรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ
สำหรับผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ส่วนราชการ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับรองการเดินทางไปรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

เรียน ประธานกรรมการการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตามที่ ส่วนราชการ (ผู้ขอ).....ได้ส่งหนังสือที่.....

เพื่อขอรับการสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง(ค่าพาหนะ) ของผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ราย (ชื่อ-สกุล).....อายุ.....ปี

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งป่วยด้วยโรค.....

โดยเดินทางไปรักษาพยาบาลในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ณ โรงพยาบาล.....เป็นเงิน.....บาท (.....)

คณะกรรมการการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานีได้อนุมัติ

ให้การสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) กรณีเดินทางไปรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วยที่ยากไร้

รายดังกล่าวแล้ว เป็นเงิน.....บาท (.....)

ส่วนราชการ (ผู้ขอ).....ได้สอบถามข้อเท็จจริงแล้ว

ขอรับรองว่าผู้ป่วยที่ยากไร้ ราย (ชื่อ-สกุล).....ได้เดินทางไป

รักษาพยาบาลตามวันและสถานพยาบาลดังกล่าวข้างต้น จริง

ลงชื่อ

ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ ผู้รับรอง หมายถึง ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นหรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย