



ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน  
เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน

\*\*\*\*\*

เพื่อให้การอนุมัติในการสงเคราะห์ความช่วยเหลือหรือดำเนินอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสามารถตอบสนองต่อความต้องการและให้การสงเคราะห์แก่ผู้ป่วยได้อย่างแท้จริงอาศัยอำนาจตามมาตรา ๓๕/๕ (๔) แห่งพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๔๐ และ ข้อ ๙ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ ประกอบมติที่ประชุมคณะกรรมการพิจารณาให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน ครั้งที่ ๑/๒๕๖๑ เมื่อวันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ และครั้งที่ ๒ เมื่อวันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๑ จึงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน ภายใต้บังคับของกฎระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ผู้ป่วยที่ยากไร้ตามประกาศนี้หมายความว่าผู้ป่วยที่ยากจนซึ่งมีสิทธิได้รับการสงเคราะห์ตามหลักเกณฑ์การสงเคราะห์ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์โดยมีสัญชาติไทยเป็นผู้มีภูมิลำเนาในเขตจังหวัดลำพูนและได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลของรัฐ

ข้อ ๒ การยื่นคำขอ

(๑) ผู้ป่วยที่ยากไร้หรือผู้ดูแลยื่นคำขอรับการสงเคราะห์ตามแบบที่กำหนดต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ส่งคำขอรับการสงเคราะห์ให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดลำพูนโดยเร็วภายในวันที่ ๑๕ ของทุกเดือน

(๒) ให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดลำพูน ตรวจสอบข้อมูลและพิจารณาให้การสงเคราะห์ตามหลักเกณฑ์การสงเคราะห์ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ก่อน และหากไม่อาจให้การสงเคราะห์ได้เพราะงบประมาณไม่เพียงพอ ให้ส่งคำขอนั้นพร้อมทั้งหลักฐานและเหตุผลประกอบการพิจารณาต่อไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูนภายในวันที่ ๒๒ ของเดือนทั้งนี้หากพิจารณาแล้วไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดลำพูนให้แจ้งเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลผู้รับคำขอการสงเคราะห์ทราบด้วย

(๓) ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูนโดยคณะกรรมการพิจารณาให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูนพิจารณาการอนุมัติให้การสงเคราะห์ช่วยเหลือหรือดำเนินการใดที่เกี่ยวข้อง ภายในวันที่ ๗ ของเดือนถัดไป

(๔) ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูนดำเนินการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ยากไร้ภายใน ๑๕ วัน นับแต่วันที่คณะกรรมการตาม (๓) พิจารณาอนุมัติ

แบบยื่นคำขอรับการสงเคราะห์และเอกสารประกอบให้เป็นไปตามท้ายประกาศนี้

ข้อ ๓ การกำหนดอัตราค่าเดินทางให้กำหนดเป็นค่าชดเชยค่าพาหนะเหมาจ่ายตามระยะทางจากสถานที่พัก (ตามภูมิลำเนา) ไปยังสถานพยาบาลของรัฐไป (ไป-กลับ) ในอัตรา ดังนี้

๓.๑ ประเภทจักรยานยนต์ คิดค่าเดินทางกิโลเมตรละ ๒ บาท แต่เมื่อรวมระยะทางแล้ว ต้องไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน)

๓.๒ ประเภทรถยนต์ คิดค่าเดินทางกิโลเมตรละ ๔ บาท แต่เมื่อรวมระยะทางแล้วต้องไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน)

ข้อ ๔ กรณีที่ผู้ป่วยขอรับการสงเคราะห์ค่าเดินทางหากเกิน ๓ ครั้งต่อปีงบประมาณ ให้คณะกรรมการฯ ขอความเห็นชอบจากผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นรายกรณี

ข้อ ๕ ให้คณะกรรมการฯ ตามประกาศนี้มีอำนาจตีความวินิจฉัยให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้ป่วย เพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามประกาศนี้

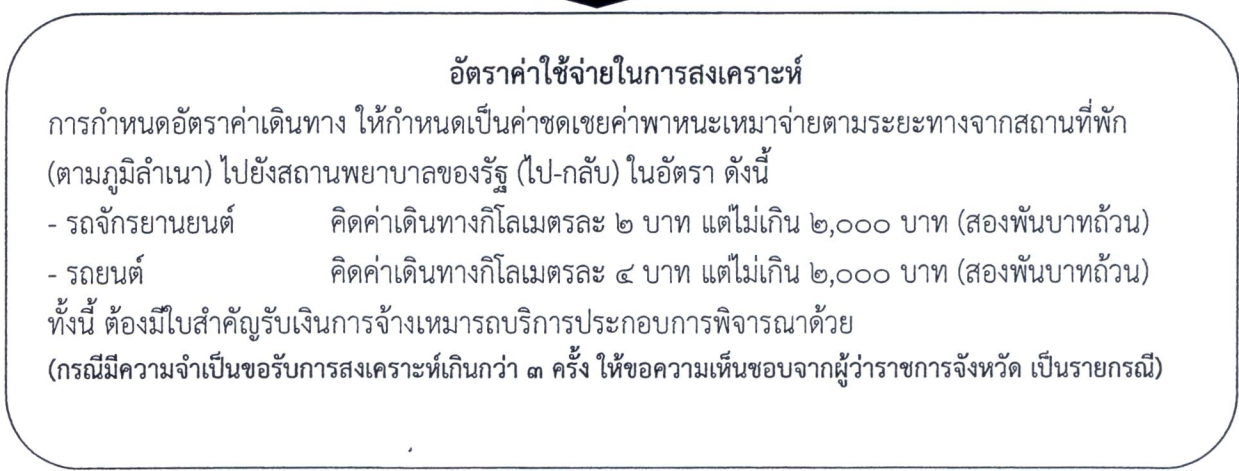
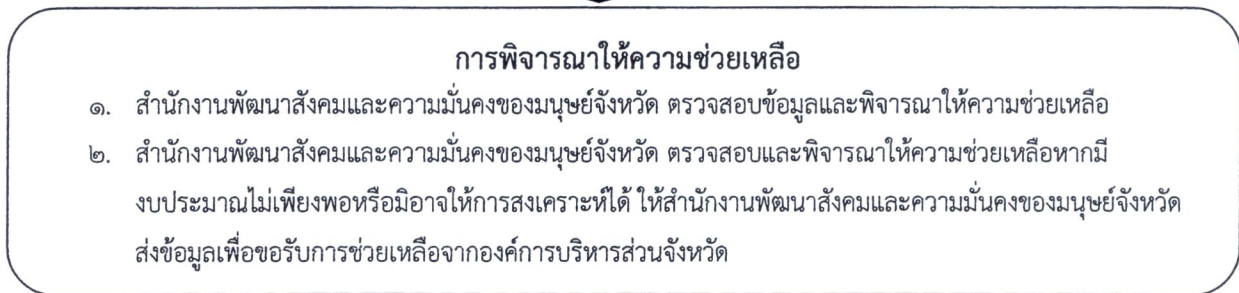
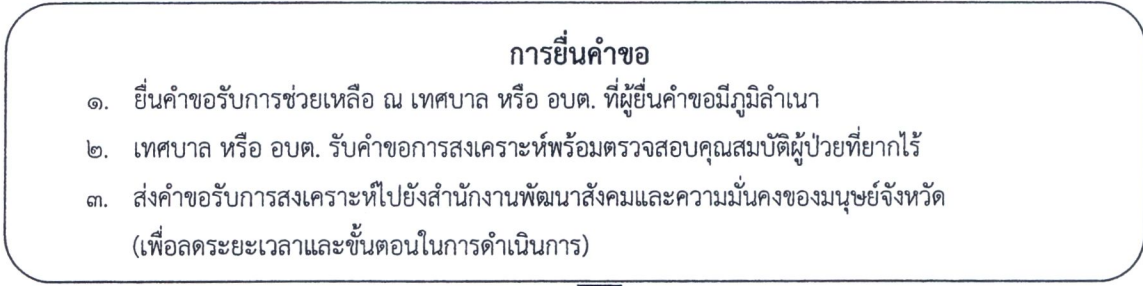
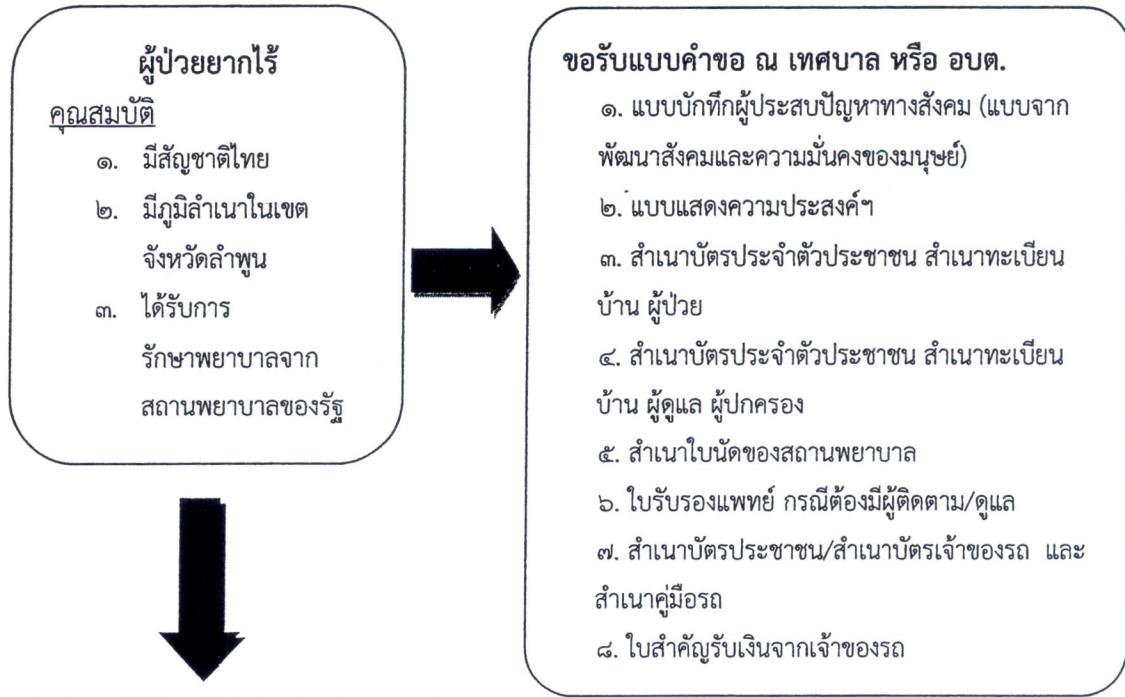
ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ประกาศเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๒



(นายนิรันดร์ ด่านไพบูลย์)  
นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน

ขั้นตอนการขอรับการสงเคราะห์ค่าเดินทางเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการของรัฐสำหรับผู้ป่วยที่  
ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน  
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย  
ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐





**ส่วนที่ 2 สภาพที่อยู่อาศัย (สามารถตอบได้หลายข้อ)**

- ที่อยู่อาศัย  เป็นของตนเอง ขนาด.....ตรว./งาน/ไร่  ไม่ได้เป็นของตัวเอง
- ลักษณะบ้าน  ชั้นเดียว  สองชั้น  ดิคพื้น  มีใต้ถุน
- บ้านไม้ทั้งหลัง  บ้านปูนทั้งหลัง  ครึ่งไม้ครึ่งปูน
- หลังคา  มุงกระเบื้อง  มุงสังกะสี  อื่นๆ (ระบุ).....
- สภาพห้องนอน  เป็นห้องโถงโล่ง นอนรวมกัน  มีห้องนอนแยกเป็นสัดส่วน
- สภาพบ้านโดยรวม  แข็งแรง  ทรุดโทรมไม่แข็งแรง หากอาศัยอยู่ต่อไปอาจได้รับอันตราย
- สมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่จริงในบ้านเดียวกัน มีจำนวน.....คน ดังนี้

ที่	ชื่อ - นามสกุล	อายุ(ปี)	ความสัมพันธ์	อาชีพ	รายได้/เดือน/ปี

สมาชิกในครอบครัวที่พักอาศัยในบ้านเดียวกัน ประสบปัญหาความเดือดร้อนหรือไม่

- ไม่มี  มี จำนวน.....คน ระบุปัญหาเป็นรายคน

ที่	ชื่อ - นามสกุล	ปัญหา

**ส่วนที่ 3 สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ (เจ้าหน้าที่ผู้สำรวจเป็นผู้กรอกข้อมูล)**

**3.1 ด้านเศรษฐกิจ**

- ไม่มีงานทำ  รายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ  มีหนี้สิน จำนวน ..... บาท
- รายได้ไม่ผ่านเกณฑ์ จปฐ.  ครอบครัวมีฐานะยากจน  แหล่งที่มาของหนี้.....

**3.2 ด้านสุขภาพ**

- ไม่มีสภาพมีความพิการของร่างกาย แต่มีการเจ็บป่วยได้แก่
- ประเภทผู้ป่วยติดบ้าน  ประเภทผู้ป่วยติดเตียง  หลงลืมชรา  จิตเวช
- ป่วยเป็นโรคร้ายแรง/เจ็บป่วยเรื้อรัง  ติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยด้วยเอดส์
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชีวิตประจำวัน
- มีความพิการของร่างกาย ระบุประเภท.....
- ( ) 1. พิกัดทางการเห็น ( ) 2. พิกัดทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ( ) 3. พิกัดทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
- ( ) 4. พิกัดจิตใจหรือพฤติกรรม ( ) 5. พิกัดทางสติปัญญา ( ) 6. พิกัดทางการเรียนรู้ ( ) 7. พิกัดทางการออกทัศนคติ
- มีโรคประจำตัว ระบุ.....  มีโรคติดต่อ ระบุ.....
- ลักษณะการเจ็บป่วย  สามารถรักษาหายขาดได้  ต้องเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง

3.3 ด้านความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน

- หัวหน้าครอบครัวเสียชีวิต  ไม่มีคนอุปการะ/ไร้ที่พึ่ง
- ไม่มีที่อยู่อาศัย/ทำกิน  ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง  อื่นๆ .....

ส่วนที่ 4 การตรวจเยี่ยมบ้าน (เจ้าหน้าที่ผู้สำรวจเป็นผู้กรอกข้อมูล)

ตรวจเยี่ยมบ้านวันที่.....

ชื่อ-นามสกุลเจ้าหน้าที่.....ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

สรุปการประเมินสภาพปัญหาความเดือดร้อนของผู้ขอรับการสงเคราะห์ (กรอกเครื่องหมายถูกในแต่ละหัวข้อเพียงข้อเดียว)

- ๑. ด้านเศรษฐกิจ  ประสบปัญหารุนแรง  ประสบปัญหาปานกลาง  ประสบปัญหาเล็กน้อย  ไม่ประสบปัญหา
- ๒. ด้านสุขภาพ  ประสบปัญหารุนแรง  ประสบปัญหาปานกลาง  ประสบปัญหาเล็กน้อย  ไม่ประสบปัญหา
- ๓. ด้านความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน  ประสบปัญหารุนแรง  ประสบปัญหาปานกลาง  ประสบปัญหาเล็กน้อย  ไม่ประสบปัญหา

ความเห็นเจ้าหน้าที่

- อยู่ในเกณฑ์ให้การช่วยเหลือ  ไม่อยู่ในเกณฑ์ฯ

(เกณฑ์การพิจารณาผู้ป่วยยากไร้ที่ขอรับการสงเคราะห์ ต้องประสบปัญหาทั้ง ๓ ด้าน ในระดับปานกลางขึ้นไปทุกด้าน)

มีความจำเป็นต้องเดินทางไปรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ

จาก.....ไปยัง.....

การเดินทางไปรักษาพยาบาลโดยวิธี ระบุ.....

ซึ่งต้องใช้ระยะทางในการเดินทางไปยังสถานพยาบาล จำนวน ..... กิโลเมตร

ระยะทางในการเดินทาง ไป-กลับรวม.....กิโลเมตร

อ้างอิงจาก.....

ความคิดเห็นของผู้สำรวจ

.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้สำรวจ (อบจ./เทศบาล/อบต.)

(.....)

ตำแหน่ง.....

สังกัด.....

หมายเหตุ เจ้าหน้าที่ผู้สำรวจ หมายถึง ข้าราชการ/พนักงานส่วนท้องถิ่นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ส่วนที่ 5 การตรวจสอบการให้ความช่วยเหลือผู้ขอรับการสงเคราะห์ (สำหรับเจ้าหน้าที่พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- 5.1 เป็นผู้ขอรับการสงเคราะห์ฯ (รายเดิม) ที่ได้รับการพิจารณาให้ความช่วยเหลือจาก อบจ.ลำพูน แล้ว (ไม่ต้องผ่านการตรวจสอบจาก พมจ.ลำพูน)
- 5.2 เป็นผู้ขอรับการสงเคราะห์ฯ(รายใหม่) ที่ยังไม่เคยขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ฯ ในปีงบประมาณ.....
  - เคยได้รับการช่วยเหลือ ระบุ.....
  - ไม่เคยได้รับการช่วยเหลือ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สังกัด พัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์จังหวัดลำพูน

ส่วนที่ 6 คณะกรรมการดำเนินงานสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน

มีมติเห็นชอบให้ .....มีคุณสมบัติครบถ้วนในการให้ความช่วยเหลือ ประจำปีงบประมาณ.....

คณะกรรมการฯ ลงนามรับรอง

1. ลงชื่อ..... ประธานกรรมการ  
(.....)

ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน

2. ลงชื่อ..... กรรมการ  
(.....)

ผู้อำนวยการกองคลัง

องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน

3. ลงชื่อ..... กรรมการ  
(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้แทนสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดลำพูน

4. ลงชื่อ..... กรรมการ  
(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้แทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน

5. ลงชื่อ..... กรรมการและเลขานุการ  
(.....)

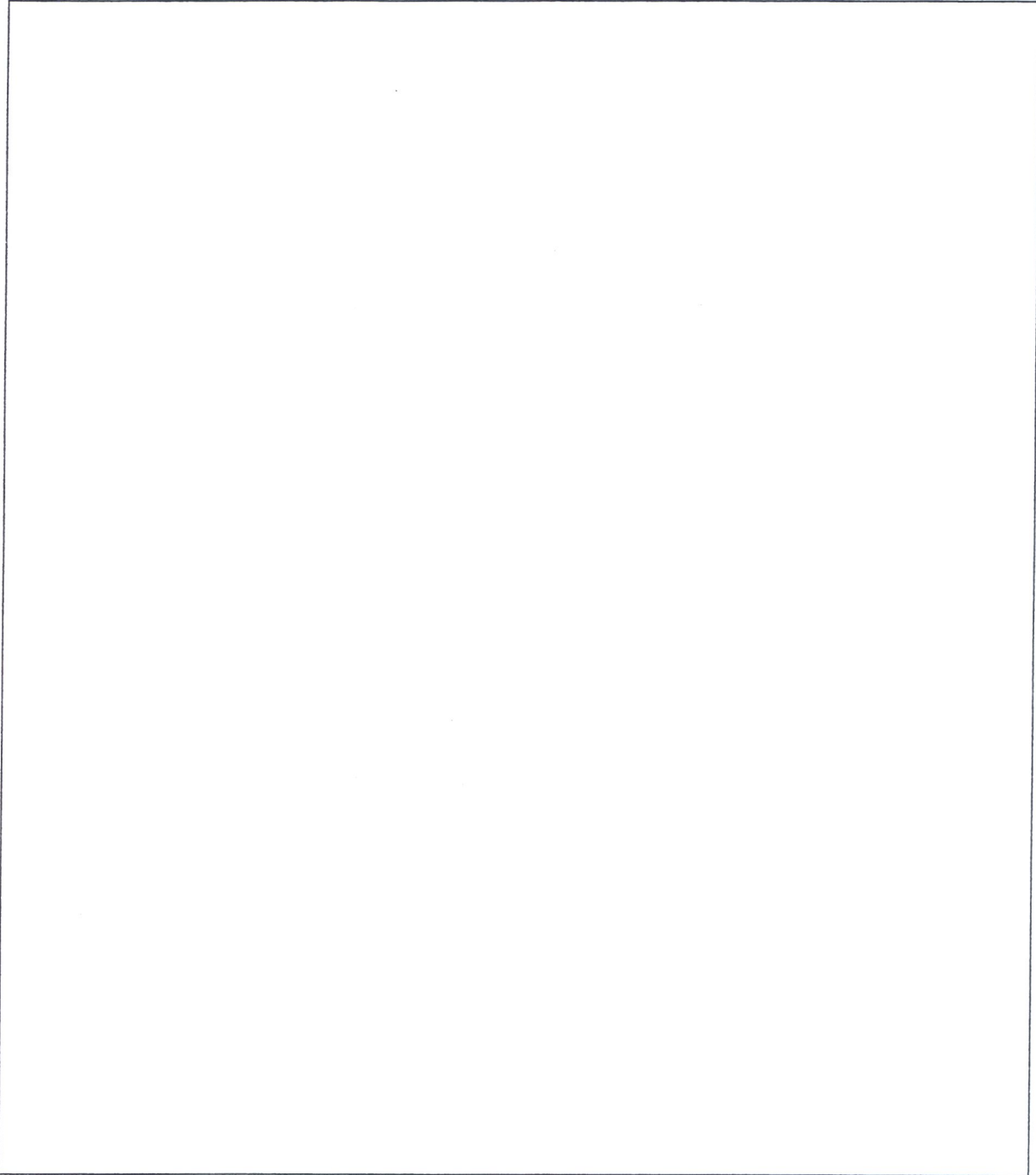
หัวหน้าสำนักปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด

องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน

สรุปการพิจารณาให้การช่วยเหลือของคณะกรรมการดำเนินงานสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน

- อนุมัติให้การช่วยเหลือ เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ ทั้งไปและกลับ  
ในครั้งนี้เป็นครั้งที่...../งบประมาณ..... จำนวนเงิน..... บาท (.....)
- ไม่อนุมัติให้การช่วยเหลือ เนื่องจาก.....

ภาพถ่ายประกอบการให้ความช่วยเหลือเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยที่ยากไร้





เลขที่...../.....วันที่ขอรับคำขอ.....

**แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน  
ในการขอรับค่าเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ**

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี สถานภาพ.....  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....วัน เดือน ปี เกิด.....  
ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดลำพูน  
รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าอาศัยในเขตพื้นที่ ทม./ทต./อบต.....ป่วยเป็นโรค.....รักษาครั้งแรก  
สถานพยาบาลที่รักษา.....ความถี่ในการรักษา.....ครั้ง/เดือน/ปี รักษาต่อเนื่อง  
เป็นคนไข้ในพระราชานุเคราะห์ เป็นคนไข้ทั่วไป รายได้.....บาท/เดือน อื่นๆ

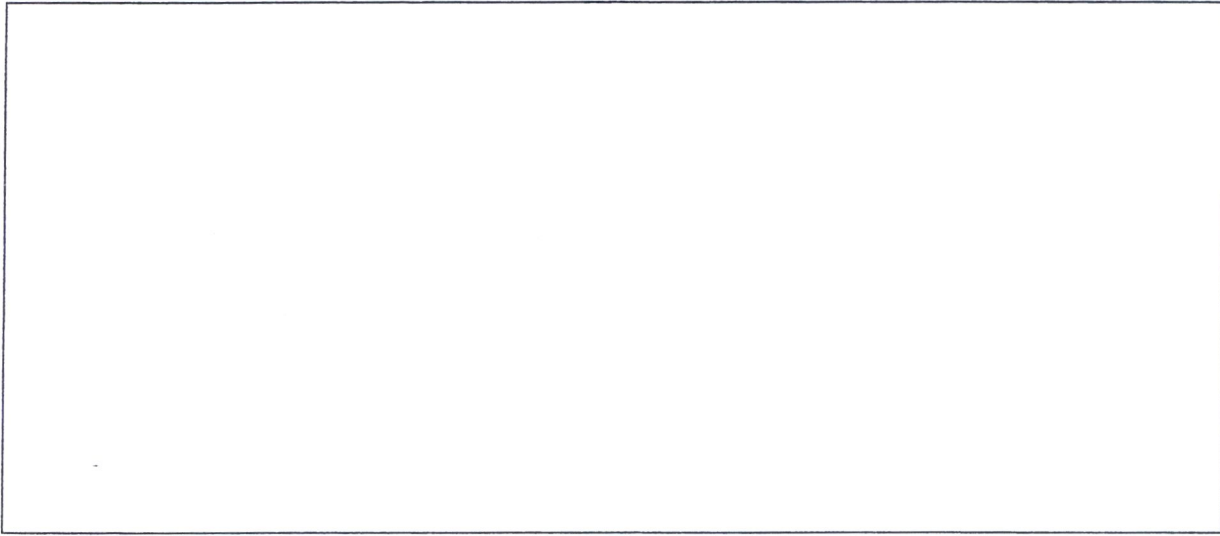
ข้าพเจ้าเคยได้รับเงินสงเคราะห์จากหน่วยงานสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์  
ปีงบประมาณ.....จำนวน.....ครั้ง/ปี จำนวนเงินครั้งละ.....บาท ข้าพเจ้าจึง  
ขอรับการสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาล ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายใน  
การสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ ดังนี้

๑. ระยะทาง (ไป-กลับ) จากบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....  
จังหวัดลำพูน ถึงสถานพยาบาลของรัฐ.....ระยะทาง.....กิโลเมตรเป็นเงิน.....บาท
๒. ค่าพาหนะอื่นๆกรณีที่ไม่สามารถนั่งรถโดยสารประจำทางได้ ระบุ.....  
.....ระยะทาง.....กิโลเมตร (ไป-กลับ) เป็นเงิน.....บาท
๓. ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ถ้ามี ระบุ.....(ไป-กลับ) เป็นเงิน.....บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจสอบแล้วพบว่าข้อมูลส่วนใด  
ส่วนหนึ่งไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ระงับการช่วยเหลือ และคืนเงินค่าพาหนะเดินทางที่ได้รับตาม  
ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบการเบิก  
จ่ายเงินค่าพาหนะ พร้อมรับรองความถูกต้องของสำเนา มาพร้อมนี้ด้วย

- แบบบันทึกข้อมูลผู้ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ (ผู้ป่วย)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ (กรณีมอบอำนาจ)
- สำเนาใบนัดของสถานพยาบาล
- ใบรับรองแพทย์ กรณีต้องมีผู้ติดตาม/ดูแล
- สำเนาบัตรประชาชน สำเนาบัตรเจ้าของรถ จำนวน ๑ ฉบับ (กรณีจ้างเหมารถ)
- ใบสำคัญรับเงินจากเจ้าของรถ
- สำเนาบัญชีธนาคาร (กรณีให้โอนเงินเข้าบัญชี) จำนวน ๑ ฉบับ

แผนที่ตั้งบ้านของข้าพเจ้า พอสังเขป



ลงชื่อ.....ผู้ขอรับการสงเคราะห์      ลงชื่อ.....ผู้ให้รับรอง  
(.....)      (.....)  
ตำแหน่ง.....(ผอ.กอง/ปลัด)

ลงชื่อ.....พยาน      ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)      (.....)  
ตำแหน่ง.....      ตำแหน่ง.....

- หมายเหตุ
๑. การขอรับการช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยที่ยากไร้ ดำเนินการขอรับการสงเคราะห์จากกระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์ก่อน
  ๒. หากผู้ป่วยที่ยากไร้ไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ สามารถประทับลายนิ้วมือได้
  ๓. Down load แบบแสดงความประสงค์ขอรับสงเคราะห์ ได้ที่ Web site ของ อบจ.ลำพูน [www.lamphunpao.go.th](http://www.lamphunpao.go.th) ดาวนโหลดเอกสารแบบฟอร์ม “ผู้ป่วยที่ยากไร้ อบจ.ลำพูน”
  ๔. สอบถามเพิ่มเติม ฝ่ายสวัสดิการสังคมและสาธารณสุข สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด โทร ๐ ๕๓๕๙ ๗๒๖๐ ต่อ ๑๑๖

สำหรับเจ้าหน้าที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดลำพูน

ตรวจสอบแล้ว  เอกสารครบถ้วน  เอกสารไม่ครบถ้วน.....

ตรวจสอบแล้ว  เป็นผู้ยากไร้  ไม่ได้เป็นผู้ยากไร้

กรณี เป็นผู้ยากไร้ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดลำพูน

ให้การสงเคราะห์แล้วเพียงพอ  ให้การสงเคราะห์แล้ว ไม่เพียงพอ เห็นควร

.....  
.....  
.....

ไม่ได้ให้การสงเคราะห์ เห็นควร.....

.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ พมจ.ลพ.

(.....)

ตำแหน่ง.....

วัน.....

เอกสารประกอบในการยื่นคำขอการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน  
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

พ.ศ. ๒๕๖๐

\*\*\*\*\*

- ๑.แบบขอรับการสงเคราะห์ และแบบบันทึกข้อมูลผู้ประสบปัญหาทางสังคม
- ๒.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วยที่ยากไร้ (อย่างละ ๑ ฉบับ)  
\*กรณีผู้ยื่นคำขอยื่นแทนผู้ป่วยที่ยากไร้ ต้องแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน (อย่างละ ๑ ฉบับ)กรณีใบมอบอำนาจ
- ๓.สำเนาบัตรประจำตัวผู้ป่วย/สำเนาใบนัดของสถานพยาบาลของรัฐ/สำเนาหนังสือส่งตัวไปรักษาสถานพยาบาลอื่น (อย่างละ ๑ ฉบับ)
- ๔.รายละเอียดการเดินทางไป-กลับ ในการรักษาพยาบาล (ตามสภาพความเหมาะสมและจ่ายจริง)

**หมายเหตุ**

ผู้ป่วยที่ยากไร้ต้องมีภูมิลำเนาทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่จังหวัดลำพูนเท่านั้น หรือมีเอกสารยืนยันจากผู้นำท้องที่/ผู้นำท้องถิ่นว่าผู้ป่วยที่ยากไร้รายนี้ว่าอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่นี้นานเกิน ๖ เดือน

เอกสารต้องบันทึกข้อมูลอย่างละเอียด ชัดเจน และครบถ้วน

เอกสารลำดับที่ ๒,๓ ต้องรับรองสำเนาถูกต้อง

มีหมายเลขโทรศัพท์ให้เจ้าหน้าที่สามารถติดต่อกลับได้

องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน ให้การสงเคราะห์ได้ตามที่จ่ายจริง ไม่เกิน ๓ ครั้ง ต่อปีงบประมาณ กรณีมีความจำเป็นเกินกว่า ๓ ครั้ง ให้ขอความเห็นชอบจากผู้ว่าราชการจังหวัดลำพูนเป็นรายกรณี \*โดยคิดจากระยะทาง จากบ้านของผู้ป่วยที่ยากไร้จนถึงสถานพยาบาลของรัฐที่ทำการรักษา

ประเภทรถจักรยานยนต์            อัตราκιโลเมตรละ ๒ บาท

ประเภทรถยนต์                    อัตราκιโลเมตรละ ๔ บาท

ใบสำคัญรับเงิน

หมวดรายจ่าย	รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
งบกลาง ประเภท รายจ่ายตามข้อผูกพัน ค่าใช้จ่ายในการ สงเคราะห์ผู้ป่วยที่ ยากไร้ขององค์การ บริหารส่วนลำพูน			
	รวมเป็นเงิน		

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (ตัวอักษร).....

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียกเก็บใบเสร็จรับเงินจากผู้รับ  
ได้ และข้าพเจ้าทตรงจ่ายเงินไปในการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐเป็นความจริง  
ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

-ตัวอย่าง  
ใบสำคัญรับเงิน

หมวดรายจ่าย	รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
งบกลาง ประเภท รายจ่ายตามข้อผูกพัน ค่าใช้จ่ายในการ สงเคราะห์ผู้ป่วยที่ ยากไร้ขององค์การ บริหารส่วนลำพูน	วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๑ เวลา ๐๗.๐๐ น.  -ออกเดินทางจากที่พัก บ้านเลขที่ ๙๙๙๙ หมู่ที่ ๓ ตำบลป่าซาง อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ถึงโรงพยาบาลลำพูน ระยะทาง ๓๐ กิโลเมตร (โดยรถยนต์)	๑๒๐.-	
	วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๑ เวลา ๑๖.๐๐ น.  -ออกเดินทางกลับจากโรงพยาบาลลำพูน อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน บ้านเลขที่ ๙๙๙๙ หมู่ที่ ๓ ตำบลป่าซาง อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ระยะทาง ๓๐ กิโลเมตร (โดยรถยนต์)	๑๒๐.-	
	<b>รวมเป็นเงิน</b>	<b>๒๔๐.-</b>	

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (สองร้อยสี่สิบบาทถ้วน)

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียกเก็บใบเสร็จรับเงินจากผู้รับได้ และข้าพเจ้าทตรงจ่ายเงินไปในการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

# หนังสือมอบอำนาจ

เรื่อง.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า .....

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... บุตร นาย/นาง.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

ได้มอบอำนาจให้.....

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... บุตร นาย/นาง.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการ.....

แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว ยกเว้นการรับเงินสงเคราะห์เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับเงินค่ารักษาพยาบาลจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน

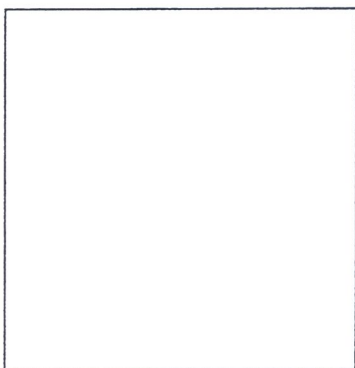
ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....) ตัวบรรจง

ประทับตราส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายที่แสดงอัตลักษณ์ส่วนบุคคล (กรณีไม่สามารถลงลายมือชื่อได้)



ผู้รับรอง.....(ข้าราชการ)

ตำแหน่ง.....