

HD

กองการที่ศึกษา
 กองบริหารงาน
 กองช่าง กองวิชาการ



สำนักงานเทศบาลตำบลบ้านตลาด
 รับที่..... 2043.
 วันที่.....
 เวลา.....

ที่ อต ๕๑๐๐๑.๑/ว ๕๒/๖

องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี
 ถนนมุขมนตรี อต ๕๑๐๐๐

๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี จำนวน ๑ ชุด

องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี ได้เล็งเห็นความสำคัญในการช่วยเหลือประชาชนในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ ภายใต้หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติของระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐ และอาศัยอำนาจแห่งพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๔๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม มาตรา ๔๕ (๘) ประกอบกับกฎกระทรวง (พ.ศ. ๒๕๕๑) ออกตามความในพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี พ.ศ. ๒๕๔๐ ลงวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๕๑ ข้อ ๑๓ จึงได้ดำเนินการช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ ให้ได้รับการช่วยเหลือเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ รายละเอียดแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี จึงขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี ให้ประชาชนหรือผู้ที่สนใจได้รับทราบทั่วกัน รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่ส่งมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

- นสพ. ขอแสดงความยินดีต่อประชาชนที่ประสบปัญหา
 การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยากไร้
 - เพื่อโปรดพิจารณา

(นายวิเชียร ขาวขำ)
 นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี

(นางสาวสุภาวดี ชุมวงษา)
 นักประชาสัมพันธ์

สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี
 ฝ่ายอำนวยการ
 โทรศัพท์ ๐ ๔๒๒๔ ๔๓๙๓ ต่อ ๑๑๖

(นางสุดถนอม อินทมล)
 รองนายกเทศมนตรีตำบลบ้านตลาด

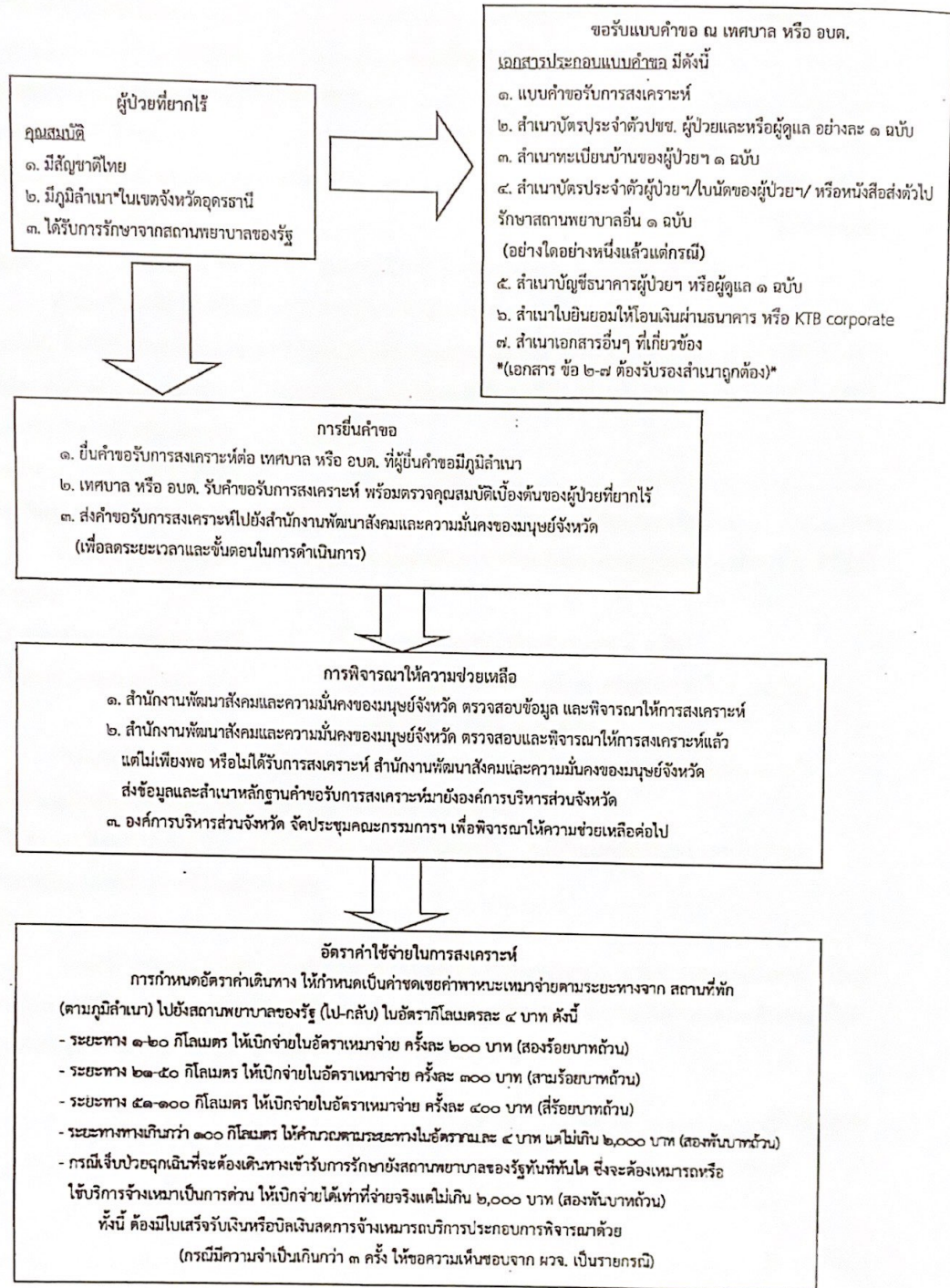
เพื่อโปรดพิจารณา

(นางนฤมล ขอบาส)
 หัวหน้าฝ่ายอำนวยการ

(นางสาวกัญญาพัชร จันทร์เพ็ง)
 หัวหน้าฝ่ายอำนวยการ

(นายชาตรี สารีจันทร์)
 นายกเทศมนตรีตำบลบ้านตลาด

หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย
ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐



ผู้ป่วยที่ยากไร้
คุณสมบัติ
๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาในเขตจังหวัดอุดรธานี
๓. ได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลของรัฐ

ขอรับแบบคำขอ ณ เทศบาล หรือ อบต.
เอกสารประกอบแบบคำขอ มีดังนี้
๑. แบบคำขอรับการสงเคราะห์
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน, ผู้ป่วยและหรือผู้ดูแล อย่างละ ๑ ฉบับ
๓. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วยฯ ๑ ฉบับ
๔. สำเนาบัตรประจำตัวผู้ป่วยฯ/ใบมีดของผู้ป่วยฯ/ หรือหนังสือส่งตัวไปรักษาสถานพยาบาลอื่น ๑ ฉบับ
(อย่างใดอย่างหนึ่งแล้วแต่กรณี)
๕. สำเนาบัญชีธนาคารผู้ป่วยฯ หรือผู้ดูแล ๑ ฉบับ
๖. สำเนาใบยินยอมให้โอนเงินผ่านธนาคาร หรือ KTB corporate
๗. สำเนาเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
(เอกสาร ข้อ ๒-๗ ต้องรับรองสำเนาถูกต้อง)

การยื่นคำขอ
๑. ยื่นคำขอรับการสงเคราะห์ต่อ เทศบาล หรือ อบต. ที่ผู้ยื่นคำขอมีภูมิลำเนา
๒. เทศบาล หรือ อบต. รับคำขอรับการสงเคราะห์ พร้อมตรวจคุณสมบัติเบื้องต้นของผู้ป่วยที่ยากไร้
๓. ส่งคำขอรับการสงเคราะห์ไปยังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (เพื่อลดระยะเวลาและขั้นตอนในการดำเนินการ)

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

อัตราค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์
การกำหนดอัตราค่าเดินทาง ให้กำหนดเป็นค่าชดเชยค่าพาหนะเหมาะสมจ่ายตามระยะทางจาก สถานที่พัก (ตามภูมิลำเนา) ไปยังสถานพยาบาลของรัฐ (ไป-กลับ) ในอัตราที่โลเมตรละ 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)
- ระยะทางเกินกว่า ๑๐๐ กิโลเมตร ให้คำนวณตามระยะทางในอัตราและ ๔ บาท แต่ไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน)
- กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินที่จะต้องเดินทางเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลของรัฐทันทีทันใด ซึ่งจะต้องเหมารถหรือใช้บริการจ้างเหมาเป็นการด่วน ให้เบิกจ่ายได้เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน)
ทั้งนี้ ต้องมีใบเสร็จรับเงินหรือบิลเงินสดการจ้างเหมาบริการประกอบการพิจารณาด้วย (กรณีมีความจำเป็นเกินกว่า ๓ ครั้ง ให้ขอความเห็นชอบจาก หวจ. เป็นรายการกรณี)

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 เป็นคนไข้ในพระราชานุเคราะห์ เป็นคนไข้ทั่วไป 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
ทั้งนี้ได้นำเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินค่าเดินทางพร้อมรับรองความถูกต้องของสำเนา มาพร้อมนี้
ด้วยแล้ว

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

*(กรณีให้ออนค่าพาหนะเข้าบัญชีของผู้ดูแล ให้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดูแล ๑ ฉบับ

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจสอบแล้วพบว่า ข้อมูล
ส่วนใดส่วนหนึ่งไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ระงับการช่วยเหลือและคืนเงินค่าพาหนะเดินทาง ที่ได้รับ
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้ดูแล
(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับเรื่อง
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับรองข้อมูล
(.....)

ตำแหน่ง.....(เจ้าหน้าที่อปท.)

ตำแหน่ง.....(ปลัดอปท.)

วันที่.....

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

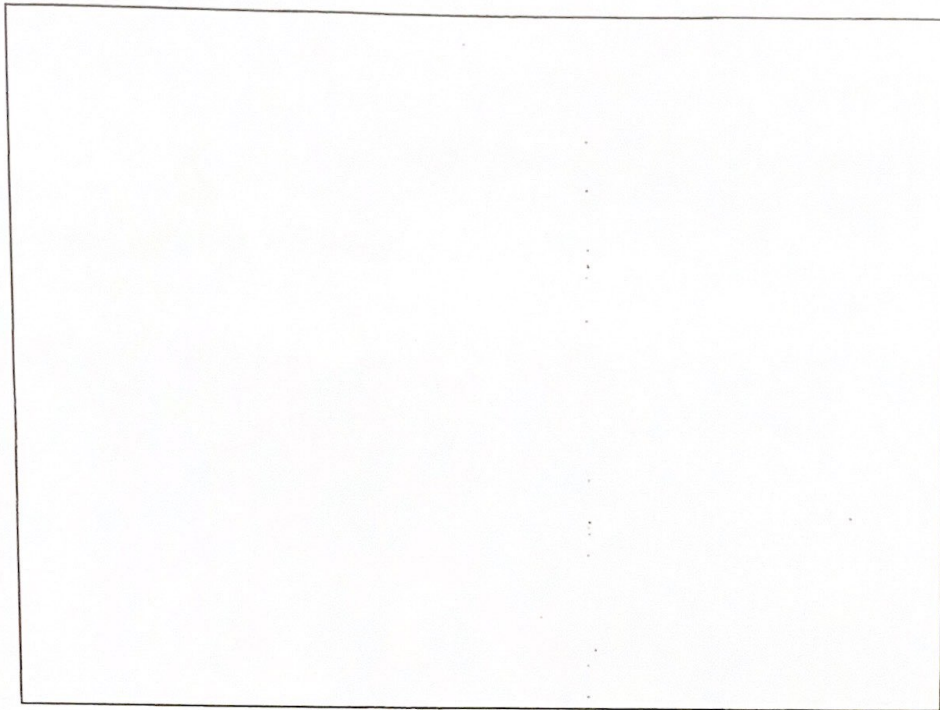
ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส./ค.ช./ค.ญ.....ได้รับคำพาหนะเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ จำนวนเงิน.....บาท โดยได้โอนเงินเข้าบัญชีชื่อ.....

.....บัญชีเลขที่.....เรียบร้อยแล้ว

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

วันที่.....

แผนที่ตั้งบ้านของผู้ป่วยที่ยากไร้ฯ พอสังเขป



* คำนวณระยะทางจากเกณฑ์ของ Google Map เป็นหลัก

หมายเหตุ ๑. หากผู้ป่วยที่ยากไร้ไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ สามารถประทับลายนิ้วมือได้

๒. Down load แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ ได้ที่



๓. Down load ใบสำคัญรับเงิน ได้ที่



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

๕. สอบถามเพิ่มเติม ฝ่ายอำนวยการ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุตรธานี โทร ๐๔๒-๒๔๔๓๕๓ ต่อ ๑๑๖

ใบสำคัญรับเงิน

คำพาหนะ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....เลขที่บัตรประชาชน.....

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

ได้รับเงินจาก.....องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี.....ตั้งรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
		-
	บาท	-

จำนวนเงิน ()

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)



ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี
เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี
พ.ศ. ๒๕๖๖

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

ดังนั้น เพื่อให้การอนุมัติการสงเคราะห์ช่วยเหลือประชาชนที่เจ็บป่วยซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี 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 ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการสงเคราะห์มากกว่าสามครั้ง องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานีจะดำเนินการขอความเห็นชอบจากผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นรายกรณีไป

ข้อ ๖ การขอรับการสงเคราะห์

(๑) ผู้ป่วยที่ยากไร้หรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ยากไร้ ยื่นแบบขอรับการสงเคราะห์ตามแบบที่กำหนด ต่อเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลที่ตนพักอาศัยอยู่ปัจจุบัน และให้เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลส่งแบบคำขอรับการสงเคราะห์ไปยังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานี ต่อไป

(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) สำเนาใบยินยอมให้ออนเงินผ่านธนาคารหรือ KTB corporate

(๘) สำเนาเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๘ วิธีการจ่ายเงินสงเคราะห์

วิธีจ่ายเงินสงเคราะห์เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) เข้ารับการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยที่ยากไร้ องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานีจะโอนเงินผ่านบัญชีเงินฝาก ประเภทออมทรัพย์หรือ KTB corporate ในชื่อบัญชีของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ดังนี้

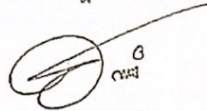
- (๑) บัญชีของผู้ป่วยที่ยากไร้
- (๒) บัญชีที่ได้รับมอบอำนาจตามกฎหมาย
- (๓) บัญชีผู้ดูแลที่ได้รับมอบอำนาจ
- (๔) บัญชีผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้ดูแล

ข้อ ๘ การพิจารณาให้การสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) เข้ารับการ
รักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยที่ยากไร้ของคณะกรรมการพิจารณาค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ของ
องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานีให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์

หากผู้ป่วยที่ยากไร้ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ยากไร้มีความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ สามารถ
ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ฝ่ายอำนวยการ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี
ถนนมุขมนตรี ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ๔๑๐๐๐ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๔๒ ๒๔๔๓๙๓-๕
ต่อ ๑๑๖ ในวันเวลาทำการของทางราชการ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายวิเชียร ขาวขำ)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี

บัญชีรายชื่อ อปท. ในเขตจังหวัดอุตรดิตถ์

สพท.ที่	จังหวัด	ลำดับที่	ชื่อนำหน้าน	ลำดับที่	ชื่อนำหน้าน
สำนักงานเทศบาลนครน่าน 18 (อุตรดิตถ์)	อุตรดิตถ์	1	เทศบาลนครน่าน	92	เทศบาลเมือง
		2	เทศบาลเมืองอุตรดิตถ์	93	เทศบาลตำบล
		3	เทศบาลเมืองโพนสูง-บ้านคำ	94	เทศบาลตำบล
		4	เทศบาลเมืองบ้านดง	95	เทศบาลตำบล
		5	เทศบาลเมืองหนองบัว	96	เทศบาลตำบล
		6	เทศบาลเมืองนครน่าน	97	เทศบาลตำบล
		7	เทศบาลเมืองทุ่งช้าง	98	เทศบาลตำบล
		8	เทศบาลเมืองภูเพียง	99	เทศบาลตำบล
		9	เทศบาลเมืองโพนสูง	100	เทศบาลตำบล
		10	เทศบาลเมืองจันทน์	101	เทศบาลตำบล
		11	เทศบาลเมืองวังทอง	102	เทศบาลตำบล
		12	เทศบาลเมืองศรีนคร	103	เทศบาลตำบล
		13	เทศบาลเมืองวังสามหมอ	104	เทศบาลตำบล
		14	เทศบาลเมืองสามง่าม	105	เทศบาลตำบล
		15	เทศบาลเมืองทุ่งยั้ง	106	เทศบาลตำบล
		16	เทศบาลเมืองน่าน	107	เทศบาลตำบล
		17	เทศบาลเมืองน่าน	108	เทศบาลตำบล
		18	เทศบาลเมืองน่าน	109	เทศบาลตำบล
		19	เทศบาลเมืองน่าน	110	เทศบาลตำบล
		20	เทศบาลเมืองน่าน	111	เทศบาลตำบล
		21	เทศบาลเมืองน่าน	112	เทศบาลตำบล
		22	เทศบาลเมืองน่าน	113	เทศบาลตำบล
		23	เทศบาลเมืองน่าน	114	เทศบาลตำบล
		24	เทศบาลเมืองน่าน	115	เทศบาลตำบล
		25	เทศบาลเมืองน่าน	116	เทศบาลตำบล
		26	เทศบาลเมืองน่าน	117	เทศบาลตำบล
		27	เทศบาลเมืองน่าน	118	เทศบาลตำบล
		28	เทศบาลเมืองน่าน	119	เทศบาลตำบล
		29	เทศบาลเมืองน่าน	120	เทศบาลตำบล
		30	เทศบาลเมืองน่าน	121	เทศบาลตำบล

บัญชีรายชื่อ สปก. ในเขตจังหวัดอุดรธานี

เลขที่	จังหวัด	ลำดับที่	ชื่อหน่วยงาน	ลำดับที่	ชื่อหน่วยงาน
		31	เทศบาลเมืองหนองหาน	122	เทศบาลเมืองนันทบุรี
		32	เทศบาลเมืองหนองหาน	123	เทศบาลเมืองน่าน
		33	เทศบาลเมืองนันทบุรี	124	เทศบาลเมืองน่าน
		34	เทศบาลเมืองน่าน	125	เทศบาลเมืองน่าน
		35	เทศบาลเมืองน่าน	126	เทศบาลเมืองน่าน
		36	เทศบาลเมืองน่าน	127	เทศบาลเมืองน่าน
		37	เทศบาลเมืองน่าน	128	เทศบาลเมืองน่าน
		38	เทศบาลเมืองน่าน	129	เทศบาลเมืองน่าน
		39	เทศบาลเมืองน่าน	130	เทศบาลเมืองน่าน
		40	เทศบาลเมืองน่าน	131	เทศบาลเมืองน่าน
		41	เทศบาลเมืองน่าน	132	เทศบาลเมืองน่าน
		42	เทศบาลเมืองน่าน	133	เทศบาลเมืองน่าน
		43	เทศบาลเมืองน่าน	134	เทศบาลเมืองน่าน
		44	เทศบาลเมืองน่าน	135	เทศบาลเมืองน่าน
		45	เทศบาลเมืองน่าน	136	เทศบาลเมืองน่าน
		46	เทศบาลเมืองน่าน	137	เทศบาลเมืองน่าน
		47	เทศบาลเมืองน่าน	138	เทศบาลเมืองน่าน
		48	เทศบาลเมืองน่าน	139	เทศบาลเมืองน่าน
		49	เทศบาลเมืองน่าน	140	เทศบาลเมืองน่าน
		50	เทศบาลเมืองน่าน	141	เทศบาลเมืองน่าน
		51	เทศบาลเมืองน่าน	142	เทศบาลเมืองน่าน
		52	เทศบาลเมืองน่าน	143	เทศบาลเมืองน่าน
		53	เทศบาลเมืองน่าน	144	เทศบาลเมืองน่าน
		54	เทศบาลเมืองน่าน	145	เทศบาลเมืองน่าน
		55	เทศบาลเมืองน่าน	146	เทศบาลเมืองน่าน
		56	เทศบาลเมืองน่าน	147	เทศบาลเมืองน่าน
		57	เทศบาลเมืองน่าน	148	เทศบาลเมืองน่าน
		58	เทศบาลเมืองน่าน	149	เทศบาลเมืองน่าน
		59	เทศบาลเมืองน่าน	150	เทศบาลเมืองน่าน
		60	เทศบาลเมืองน่าน	151	เทศบาลเมืองน่าน

บัญชีรายชื่อ อปท. ในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี

เขตที่	จังหวัด	ลำดับที่	ชื่อนำชมรม	ลำดับที่	ชื่อนำชมรม
		61	ชมรม ข้าราชการ	152	ชมรม สวีตเวปเปอ
		62	ชมรม เขียวขี้	153	ชมรม สวชนก
		63	ชมรม ออมสิน	154	ชมรม สวชนก
		64	ชมรม นกอินทรี	155	ชมรม สวชนก
		65	ชมรม สวีตเวปเปอ	156	ชมรม สวีตเวปเปอ
		66	ชมรม สวีตเวปเปอ	157	ชมรม สวีตเวปเปอ
		67	ชมรม สวีตเวปเปอ	158	ชมรม สวีตเวปเปอ
		68	ชมรม สวีตเวปเปอ	159	ชมรม สวีตเวปเปอ
		69	ชมรม โกลบอล (อ.ไชยบุรี)	160	ชมรม โกลบอล
		70	ชมรม โกลบอล (อ.ไชยบุรี)	161	ชมรม โกลบอล
		71	ชมรม โกลบอล	162	ชมรม โกลบอล
		72	ชมรม จอมศรี	163	ชมรม จอมศรี
		73	ชมรม ร่มเงา	164	ชมรม ร่มเงา
		74	ชมรม ร่มเงา	165	ชมรม ร่มเงา
		75	ชมรม ร่มเงา	166	ชมรม ร่มเงา
		76	ชมรม ร่มเงา	167	ชมรม ร่มเงา
		77	ชมรม เขียวขี้	168	ชมรม เขียวขี้
		78	ชมรม เขียวขี้	169	ชมรม เขียวขี้
		79	ชมรม เขียวขี้	170	ชมรม เขียวขี้
		80	ชมรม เขียวขี้	171	ชมรม เขียวขี้
		81	ชมรม เขียวขี้	172	ชมรม เขียวขี้
		82	ชมรม เขียวขี้	173	ชมรม เขียวขี้
		83	ชมรม เขียวขี้	174	ชมรม เขียวขี้
		84	ชมรม เขียวขี้	175	ชมรม เขียวขี้
		85	ชมรม เขียวขี้	176	ชมรม เขียวขี้
		86	ชมรม เขียวขี้	177	ชมรม เขียวขี้
		87	ชมรม เขียวขี้	178	ชมรม เขียวขี้
		88	ชมรม เขียวขี้	179	ชมรม เขียวขี้
		89	ชมรม เขียวขี้	180	ชมรม เขียวขี้
		90	ชมรม เขียวขี้	181	ชมรม เขียวขี้
		91	ชมรม เขียวขี้		
รวม		181	อปท.		