

แบบรายงานติดตามการให้ความช่วยเหลือ

โครงการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ

ครอบครัวของ.....

ผลการช่วยเหลือครั้งที่.....ได้รับเงินเมื่อวันที่.....จำนวนเงิน.....บาท

ได้ใช้จ่ายเป็นค่าเดินทางไปโรงพยาบาล.....

เพื่อรับการตรวจ/รักษา/บำบัด โรค.....อาการ.....

ผลการวินิจฉัยของแพทย์  สิ้นสุดการนัดตรวจอาการ  นัดตรวจครั้งต่อไปวันที่.....

ข้อเท็จจริงการติดตามเยี่ยมบ้านหลังการช่วยเหลือครั้งที่.....

สภาพปัญหาความเดือดร้อนปัจจุบัน.....

ความต้องการ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล  ค่าเหมารถจากบ้าน - โรงพยาบาล จำนวนเงิน.....บาท

ค่ารถรับจ้างจากบ้าน - สถานีขนส่ง จำนวนเงิน.....บาท

ค่าโดยสารรถยนต์ประจำทาง จากสถานีขนส่ง - โรงพยาบาล จำนวนเงิน.....บาท

รวมเป็นเงิน.....บาท

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับบริการ/ผู้ร้องแทน

(.....)

ความเห็นของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เห็นควรช่วยเหลือเบื้องต้น

ส่งต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพื่อช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้สอบข้อเท็จจริง

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

เห็นควรช่วยเหลือเบื้องต้น

ส่งต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพื่อช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้สอบข้อเท็จจริง/วิเคราะห์ปัญหา

(.....)

ตำแหน่ง.....

มติของคณะกรรมการดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด  
ครั้งที่...../.....เมื่อวันที่.....

อนุมัติ

ค่าเหมารถจากบ้าน - โรงพยาบาล จำนวนเงิน.....บาท

ค่ารถรับจ้างจากบ้าน - สถานีขนส่ง จำนวนเงิน.....บาท

ค่าโดยสารรถยนต์ประจำทาง จากสถานีขนส่ง - โรงพยาบาล จำนวนเงิน.....บาท

รวมเป็นเงิน.....บาท

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ

ให้แนบหลักฐานสำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ใบรับรองแพทย์ ใบนัดของแพทย์ (กรณีแพทย์นัด)