**แบบรายงานติดตามการให้ความช่วยเหลือ** (กรณีขอรับครั้งที่ 2 และ ครั้งที่ 3)

**โครงการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ**

**ครอบครัวของ (นาย/นาง/นางสาว)................................................................................อายุ....................ปี**

**บ้านเลขที่..............หมู่ที่............บ้าน..............................ตำบล..............................อำเภอ...............................จังหวัดชัยภูมิ**

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

**ได้ใช้จ่ายเป็นค่าเดินทางไปโรงพยาบาล.............................................................เพื่อรับการตรวจ/รักษา/บำบัดโรค..........................................**

**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.................................................

-2-

**มติของคณะกรรมการดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด**

**ครั้งที่..................../..................เมื่อวันที่.............................................................................................................................................**

**🗌 อนุมัติ**

🗌 ค่าเหมารถจากบ้าน – โรงพยาบาล จำนวนเงิน..................................บาท

🗌 ค่ารถรับจ้างจากบ้าน – สถานีขนส่ง จำนวนเงิน................................บาท

🗌 ค่าโดยสารรถยนต์ประจำทาบ จากสถานีขนส่ง – โรงพยาบาล จำนวนเงิน.........................บาท

รวมเป็นเงิน..............................................................บาท

**🗌 ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....................................................................................................................**

**🗌 อื่น ๆ ระบุ..................................................................................................................................**

ลงชื่อ...................................................เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

(................................................)

ตำแหน่ง...............................................