

แบบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

เขียนที่.....

วันที่.....

1. รายละเอียดของผู้ให้บริการ

1.1 ชื่อ – สกุล.....

1.2 เลขที่บัตรประชาชน

1.3 ตำแหน่ง.....

1.4 ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ (ระบุชื่อ).....

1.5 ลักษณะงานที่รับผิดชอบ (ระบุงานในหน้าที่ที่รับผิดชอบ).....

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

1.6 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก เลขที่..... หมู่..... ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

2. รายละเอียดเกี่ยวกับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

2.1 ชื่อ – สกุล ผู้รับบริการที่ทำให้เกิดความเสียหาย.....

2.2 เลขที่บัตรประชาชน

2.3 สิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพของผู้รับบริการ (มีสิทธิบัตรทอง) มี ไม่มี

2.4 วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น.....

2.5 เหตุและความเสียหายที่เกิดขึ้น (บรรยายถึงเหตุการณ์และความเสียหายต่าง ๆ ที่ได้รับอย่างชัดเจน ถ้ามี
บาดแผลให้บอกลักษณะบาดแผล การรักษาที่ได้รับและระยะเวลาที่ต้องรักษาตัว)

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

3. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ 1 ไม่ต้องกรอก)

- 3.1 ชื่อ – สกุล.....
- 3.2 เลขที่ประชาชน
- 3.3 ความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ.....
- 3.4 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก เลขที่.....หมู่.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

4. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง (ทั้งของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ)

- 4.1 สำเนาเวชระเบียนของผู้ให้บริการ และ/ หรือใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)
- 4.2 ใบตรวจสอบสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของผู้รับบริการ
- 4.3 สำเนาเวชระเบียนของผู้รับบริการ (ช่วงที่มารักษาและทำให้ผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย)
- 4.4 เอกสารหรือหลักฐานอื่น ๆ เช่น กรณี เกิดโรคติดเชื้อ ควรมีเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้
- หลักฐานทางการแพทย์ หรือเวชระเบียนที่ยืนยันว่าบุคคลในครอบครัวปลอดภัยจากโรคติดเชื้อจากโรคดังกล่าว
 - สำเนาทะเบียนบ้านผู้ให้บริการ
 - อื่น ๆ (ระบุ).....

5. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

วันที่...../...../.....

รายละเอียดของพยานผู้อยู่ในเหตุการณ์

1. รายละเอียดของพยานผู้อยู่ในเหตุการณ์ (กรอกด้วยลายมือพยาน)

- 1.1 ชื่อ – สกุล.....
- 1.2 ตำแหน่งและหน้าที่รับผิดชอบ.....
- 1.3 ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ (ระบุชื่อ).....
- 1.4 ความเกี่ยวข้องในเหตุการณ์.....
-
-
-
-
- 1.5 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก เลขที่..... หมู่..... ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
- 1.6 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดเป็นความจริง
ลงชื่อ.....พยานผู้อยู่ในเหตุการณ์
(.....) วันที่...../...../.....

2. รายละเอียดของพยานผู้อยู่ในเหตุการณ์ (กรอกด้วยลายมือพยาน)

- 1.1 ชื่อ – สกุล.....
- 1.2 ตำแหน่ง.....
- 1.3 ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ (ระบุชื่อ).....
- 1.4 ความเกี่ยวข้องในเหตุการณ์.....
-
-
-
-
- 1.5 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก เลขที่..... หมู่..... ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
- 1.6 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดเป็นความจริง
ลงชื่อ.....พยานผู้อยู่ในเหตุการณ์
(.....)วันที่...../...../.....

- หมายเหตุ
1. ควรมีพยานอย่างน้อย 1 คน
 2. ข้อความใดที่เป็นเท็จมีความผิดทางกฎหมาย