

ตัวอย่าง

แบบยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้ให้บริการ

สถานที่ยื่นคำร้อง

วันที่ยื่นคำร้อง **ลงวันที่ส่งหนังสือ**

๑. ข้อมูลของผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย

๑.๑ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๑.๒ ชื่อ - สกุล..... นางยา สวยสดใส.....

อายุ37..... ปี เพศ ชาย หญิง

๑.๓ ชื่อหน่วยบริการ.....โรงพยาบาลตราด..... จังหวัด.....ตราด.....

๑.๔ ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....แผนกที่ปฏิบัติงาน.....Cohort Ward.....

ลักษณะงานที่รับผิดชอบ (ระบุงานในหน้าที่ที่รับผิดชอบ)ดูแลผู้ป่วยใน.....

๑.๕ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก 111 หมู่ 1 ต.เป็นไข อ.หาดดี จ.เชิงแรง.....

.....โทรศัพท์..... 011-1111111 โทรสาร.....

๒. ข้อมูลของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๒.๑ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๒.๒ ชื่อ - สกุล.....

อายุ ปี เพศ ชาย หญิง

๒.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ คู่สมรส บิดา/มารดา บุตร อื่นๆ

๒.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก

.....โทรศัพท์..... โทรสาร.....

๓. ข้อมูลความเสียหาย

วันที่ทราบความเสียหายหรือทราบผลทางห้องปฏิบัติการ

๓.๑ วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น2 สิงหาคม 2564.....

๓.๒ เหตุและความเสียหายที่เกิดขึ้น (บรรยายถึงเหตุการณ์ และความเสียหายต่าง ๆ ที่ได้รับอย่าง

ชัดเจน ถ้ามี บาดแผลให้บอกลักษณะบาดแผล)...วันที่ 1 สิงหาคม2564 - มีอาการเจ็บคอ

วันที่ 2 สิงหาคม2564 - ตรวจเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ด้วยวิธี RT-PCR

ผลพบว่า ติดเชื้อ.....

๓.๓ การวินิจฉัยและผลการตรวจในห้องปฏิบัติการ...ตรวจเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ด้วยวิธี RT-PCR ผลพบว่า ติดเชื้อ **ลงผลทางห้องปฏิบัติการ (Lab) ตามเอกสารที่แนบ**

๓.๔ การรักษาที่ได้รับและระยะเวลาที่ต้องรักษาตัว...เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลตราด

ตั้งแต่วันที่ 2 -11 สิงหาคม 2564 เป็นระยะเวลา 10 วัน **ลงข้อมูลตามใบรับรองแพทย์**

๔. ข้อมูลของผู้รับบริการที่ทำให้เกิดความเสียหาย

๔.๑ ความเสียหายเกิดจากผู้รับบริการ ๑ ราย

ความเสียหายเกิดจากผู้รับบริการมากกว่า ๑ ราย

๔.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๔.๓ ชื่อ - สกุล.....

๔.๔ อายุ ปี เพศ ชาย หญิง

๔.๕ การวินิจฉัยโรค.....

๔.๖ สิทธิในการรับบริการ ประกันสุขภาพ ประกันสังคม ข้าราชการ อื่นๆ

๕. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง (ทั้งของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ)

๕.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

๕.๒ สำเนาเวชระเบียนของผู้ให้บริการ และใบรับรองแพทย์

๕.๓ ใบตรวจสอบสิทธิของผู้รับบริการ พร้อมสำเนาเวชระเบียนของผู้รับบริการ(ช่วงที่มารักษา

และทำให้ผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย)

๕.๔ เอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง.....**ผล Lab,ใบสอบสวนโรค และคำสั่งให้ปฏิบัติหน้าที่ (กรณีเจ้าหน้าที่สนับสนุน)**

ลงชื่อผู้ยื่นคำร้อง

(.....)