

แบบยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้ให้บริการ

สถานที่ยื่นคำร้อง

วันที่ยื่นคำร้อง

๑. ข้อมูลของผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย

๑.๑ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๑.๒ ชื่อ - สกุล.....

อายุ ปี เพศ ชาย หญิง

๑.๓ ชื่อหน่วยบริการ..... จังหวัด.....

๑.๔ ตำแหน่ง.....แผนกที่ปฏิบัติงาน.....

ลักษณะงานที่รับผิดชอบ (ระบุงานในหน้าที่ที่รับผิดชอบ)

.....

๑.๕ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก

.....โทรศัพท์..... 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

๓.๑ วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น

๓.๒ เหตุและความเสียหายที่เกิดขึ้น (บรรยายถึงเหตุการณ์ และความเสียหายต่าง ๆ ที่ได้รับอย่าง
ชัดเจน ถ้ามี บาดแผลให้บอกลักษณะบาดแผล).....

.....

๓.๓ การวินิจฉัยและผลการตรวจในห้องปฏิบัติการ.....

.....

๓.๔ การรักษา...

๓.๔ การรักษาที่ได้รับและระยะเวลาที่ต้องรักษาตัว.....

.....

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 สติธิในการรับบริการ ประกันสุขภาพ ประกันสังคม ข้าราชการ อื่นๆ

๕. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง (ทั้งของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ)

๕.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

๕.๒ สำเนาเวชระเบียนของผู้ให้บริการ และใบรับรองแพทย์

๕.๓ ใบตรวจสอบสิทธิของผู้รับบริการ พร้อมสำเนาเวชระเบียนของผู้รับบริการ(ช่วงที่มารักษา และทำให้ผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย)

๕.๔ เอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง.....

ลงชื่อผู้ยื่นคำร้อง

(.....)