

# แบบยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ชื่อหน่วยรับคำร้อง.....

วันที่ยื่นคำร้อง.....

## ๑. รายละเอียดของผู้รับบริการ

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล .....

๑.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๑.๓ สิทธิตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพ  มี  ไม่มี

๑.๔ อาชีพ.....รายได้.....สถานภาพเดิม.....

(ระบุให้ทราบถึงภาระที่ผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบ เศรษฐฐานะ)

๑.๕ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

## ๒. รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาพยาบาล

๒.๑ ชื่อหน่วยบริการ.....

๒.๒ สถานที่ตั้ง.....

.....

๒.๓ วันที่มีความเสียหายเกิดขึ้นหรือวันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น.....

๒.๔ เหตุที่เข้ารับการรักษาพยาบาล .....

๒.๕ ความเสียหายที่เกิดขึ้นได้แก่ .....

.....

(บอกเล่าหรือบรรยายถึงเหตุการณ์และความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับและระบุความต้องการ)

## ๓. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๓.๑ ชื่อ - สกุล .....

๓.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๓.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ .....

๓.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก .....

.....โทรศัพท์.....

## ๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง (ทั้งของผู้ยื่นคำร้องและผู้รับบริการ)

๔.๑ สำเนาบัตรประชาชน

๔.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน

๔.๓ เอกสารทางการแพทย์หรือรายละเอียดข้อมูลอื่นๆ (ถ้ามี) .....

ลงชื่อ .....

ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)