

แบบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ชื่อหน่วยรับคำร้อง

วันที่ยื่นคำร้อง

๑. รายละเอียดของผู้ให้บริการ

๑.๑ ชื่อ - สกุล

๑.๒ ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ (ระบุชื่อ).....

๑.๓ ตำแหน่ง.....

ลักษณะงานที่รับผิดชอบ(ระบุงานในหน้าที่ที่รับผิดชอบ)

๑.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

โทรศัพท์.....

๒. รายละเอียดเกี่ยวกับการความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

๒.๑ ชื่อ- สกุล ผู้รับบริการที่ทำให้เกิดความเสียหาย.....

๒.๒ สิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพของผู้รับบริการ (มีสิทธิบัตรทอง) มี ไม่มี

๒.๓ วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น

๒.๔ เหตุที่และ ความเสียหายที่เกิดขึ้น(บรรยายถึงเหตุการณ์และความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับอย่างชัดเจน ถ้ามี
ขนาดแผลให้บอกลักษณะขนาดแผล การรักษาที่ได้รับและระยะเวลาที่ต้องรักษาตัว)

๓. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๓.๑ ชื่อ - สกุล

๓.๒ เลขที่บัตรประชาชน

๓.๓ ความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ.....

๓.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

โทรศัพท์.....

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง (ทั้งของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ)

๔.๑ สำเนาเวชระเบียนของผู้ให้บริการ และ/หรือใบรับรองแพทย์

๔.๒ ใบตรวจสอบสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของผู้รับบริการ พร้อมสำเนาเวชระเบียนของ
ผู้รับบริการ(ช่วงที่มารักษาและทำให้ผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย)

ลงชื่อผู้ยื่นคำร้อง

(.....)