

แบบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการ
ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ชื่อหน่วยรับคำร้อง.....

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. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๒.๑ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ----

๒.๒ ชื่อ - สกุล.....

อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง

๒.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ คู่สมรส บิดา/มารดา บุตร อื่นๆ

๑.๕ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

๓. ข้อมูลความเสียหาย

๓.๑ วันที่ทราบความเสียหายที่เกิดขึ้น.....

๓.๒ เหตุและความเสียหายที่เกิดขึ้น (บรรยายถึงเหตุการณ์ และความเสียหายต่างๆที่ได้รับอย่างชัดเจน
ถ้ามีบาดแผลให้บอกลักษณะบาดแผล).....

๓.๓ การวินิจฉัยและผลการตรวจในห้องปฏิบัติการ.....

๓.๔ การรักษาที่ได้รับและระยะเวลาที่ต้องกักตัว.....

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 บัตรทอง ประกันสังคม ข้าราชการ อื่นๆ ระบุ.....

๕. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง (ทั้งของผู้ยื่นคำร้องและผู้รับบริการ)

๕.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวที่หน่วยบริการออกให้

๕.๒ สำเนาเวชระเบียนของผู้ให้บริการ และใบรับรองแพทย์

๕.๓ ใบตรวจสอบสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพของผู้รับบริการ พร้อมสำเนาเวชระเบียนของผู้รับบริการ (ช่วงที่มารักษาและทำให้ผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย)

๕.๔ เอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ระบุ.....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

