



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว (กลุ่มงานประกันสุขภาพ) โทร ๐-๓๗๔๒-๕๑๔๑-๔ ต่อ๑๐๔
ที่ สก ๐๐๓๒.๐๐๕/ว ๑๒๘๓ วันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๓

เรื่อง การขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการ
สาธารณสุข กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง, สาธารณสุขอำเภอ ทุกอำเภอ
หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

๑. เรื่องเดิม

ตามที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการเยียวยาให้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น แก่ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๖๑ นั้น

๒. ข้อเท็จจริง

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขขอให้หน่วยบริการในส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีผู้ติดเชื้อโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ยื่นขอรับความช่วยเหลือไปยังสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น แก่ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๖๑

๓. ข้อพิจารณา

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ขอแจ้งแนวทางการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ทั้งนี้ หากหน่วยบริการพบบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ขอให้หน่วยบริการรายงานผลการตรวจพิสูจน์ให้ผู้บังคับบัญชาตามลำดับและรายงานถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้วทราบภายใน ๗ วัน นับแต่วันที่ทราบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

๔. ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบและถือปฏิบัติต่อไป

(นางอรรัตน์ จันทร์เพ็ญ)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว



ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๗/ว ๑๕๗

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๓

เรื่อง การขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายจากคลัสเตอร์บริการสาธารณสุข กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19)

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

อ้างถึง หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 0208.07/ว 2462 ลงวันที่ 15 พฤศจิกายน 2562

98
15.10

ด้วยกระทรวงสาธารณสุขได้รับรายงานจากกรมควบคุมโรคว่า มีบุคลากรทางการแพทย์ในจังหวัดต่างๆ ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จากการให้บริการและการดำเนินการแก้ไขปัญหาจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจให้กับผู้ได้รับความเสียหาย และให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น ปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงเห็นควรให้การเยียวยาแก่บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ ที่ได้รับความเสียหายตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น แก่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๖๑ ดังรายละเอียดที่แนบ ๑

เพื่อให้การดำเนินการเยียวยาให้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับความเสียหายจากการติดเชื้อมาก่อน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปอย่างรวดเร็วและถูกต้องตามระเบียบดังกล่าวข้างต้น ขอให้หน่วยบริการในส่วนภูมิภาคสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ยื่นขอรับความช่วยเหลือไปยังสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น แก่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๖๑ เพื่อกองบริหารทรัพยากรบุคคลในฐานะฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการฯ ตรวจสอบเอกสารและหลักฐานต่างๆ แล้ว จะได้ส่งคำร้องฯ ให้คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ โดยคำร้องฯ ที่เป็นไปตามระเบียบที่กำหนด จะดำเนินการแจ้งผลการพิจารณาและอนุมัติสั่งจ่ายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปโดยเร็ว หากผู้ได้รับความเสียหายเป็นเจ้าหน้าที่ในสังกัดกรมอื่นหรือกระทรวงอื่น ที่มาปฏิบัติงานให้หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะส่งเรื่องให้ต้นสังกัดของบุคลากรทางการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ ที่ได้รับความเสียหาย ดำเนินการให้ความช่วยเหลือตามระเบียบที่กำหนด ต่อไป

อนึ่ง สิทธิประโยชน์อื่นๆ ที่ควรจะได้รับตามประเภทการจ้างนั้น ๆ ส่วนราชการสามารถดำเนินการให้ผู้ได้รับความเสียหาย ได้ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ดังรายละเอียดที่แนบ ๒ ทั้งนี้ สามารถดาวน์โหลดรายละเอียดที่แนบได้ที่ https://bit.ly/HR_W42563

เก็บถึง พ.ค. ๒๕๖๓
จึงเรียนมา..
ก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการขอรับความช่วยเหลือให้กับบุคลากร
ทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19)
ตามระเบียบดังกล่าวข้างต้นต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



(นายสุขุม กาญจนพิมาย)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กองบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๑๔๑๖


โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๑๔๑๓

สำเนาส่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป

เวียง นพ. สจ. สร. แก้ว

สป.สช. แจ้งแนวทางการดำเนินการขอรับ
เงินช่วยเหลือเมื่อสถานการณ์ระบาดได้รับกรม
ส่งเสริมสุขภาพอนามัยการ กระตุ้นเพื่อป้องกัน 2019
โดยให้ยื่นคำร้องไปยัง สป.สช. อท.ระยอง,
กระทรวงสาธารณสุขจังหวัดระยองยื่นขอเงินช่วยเหลือ
น.ศ. ๒๕๖๑

เพื่อโปรดทราบ เห็นควรแจ้ง ท. , สสอ. กทม. ทั้ง
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ


๗๕ น. ก ๖๓


๗๖ น. ก. ๖๓

อกเป็นคฝ



(นางอรวิณี จันทร์เพ็ญ)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

รายละเอียดแนบ 1

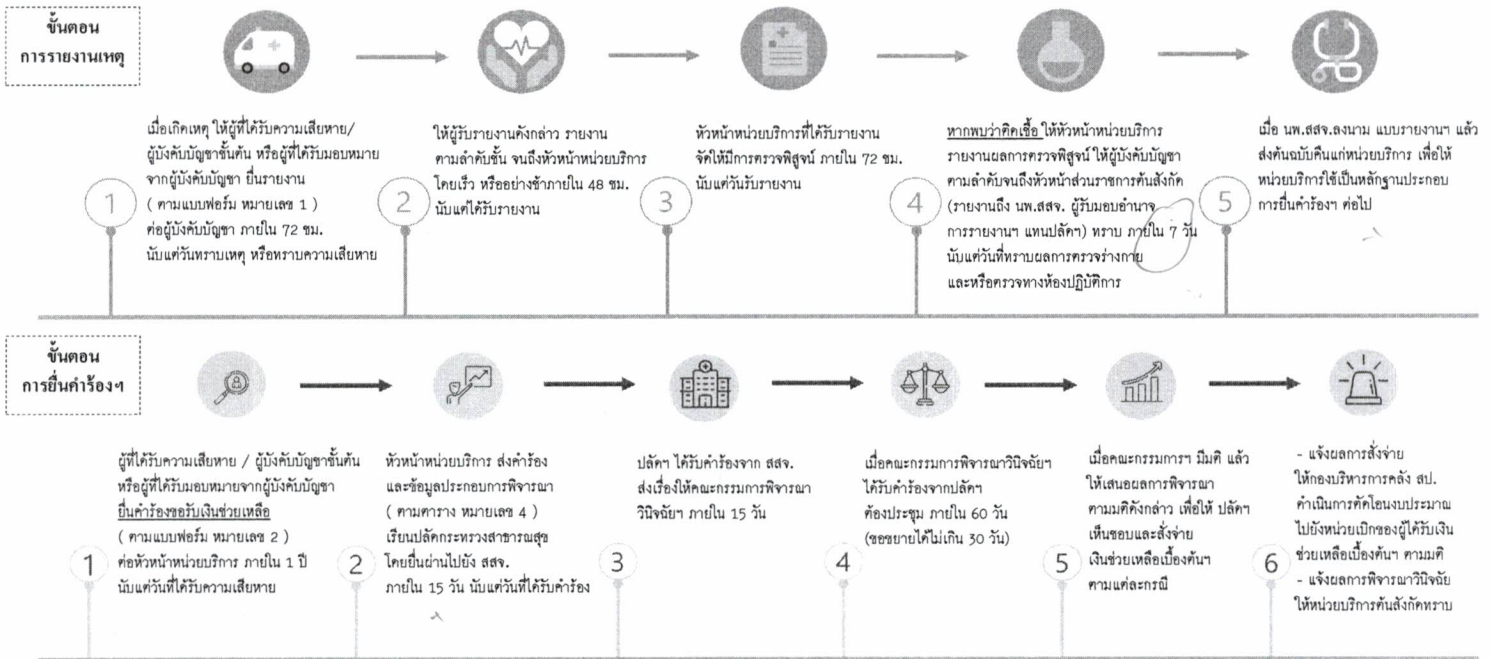
1.1 แนวทางการดำเนินการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ (กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019)

เมื่อเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้หัวหน้าหน่วยบริการ ดำเนินการ ดังนี้

- 1) แจ้งเจ้าตัว หรือมอบหมายให้ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น จัดทำรายงานแจ้งเหตุ ตามแบบฟอร์ม หมายเลข 1
- 2) แจ้งเจ้าตัว หรือมอบหมายให้ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น เขียนคำร้องฯ ตามแบบฟอร์ม หมายเลข 2
- 3) มอบหมายให้มีเจ้าหน้าที่รับคำร้อง และเป็นผู้จัดทำ แบบสรุปข้อเท็จจริง ตามแบบฟอร์ม หมายเลข 3
- 4) ให้แนบเอกสารหลักฐาน ตามตาราง หมายเลข 4
- 5) เอกสารที่ต้องลงนาม ให้เสนอผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น ตามที่แบบฟอร์มกำหนด ตามแต่กรณี
- 6) เพื่อความรวดเร็ว ให้สแกนเอกสารพร้อมหลักฐานที่ครบถ้วนสมบูรณ์ ส่งไปที่ moph.help@gmail.com และจัดส่งต้นฉบับ (Paper) จดหมายลงทะเบียน (EMS) เรียบปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามไปทันที
- 7) กรณีคำร้องฯ ที่เอกสารหลักฐานข้อเท็จจริงไม่เพียงพอ หากไม่ได้รับความร่วมมือในการจัดส่งให้คณะกรรมการฯ พิจารณาวินิจฉัยได้ทัน จนเป็นเหตุให้เกินกำหนดระยะเวลาที่ระเบียบกำหนด คณะกรรมการฯ จะพิจารณาตามข้อเท็จจริงเท่าที่มี ซึ่งอาจส่งผลให้การพิจารณาทำให้ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายเสียสิทธิที่พึงจะได้รับ
- 8) คำร้องฯ ต้องยื่นภายใน 1 ปี นับแต่วันที่ได้รับความเสียหาย จึงจะเป็นไปตามที่ระเบียบกำหนด
- 9) หากมีข้อสงสัย หรือต้องการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ ติดต่อที่หมายเลขโทรศัพท์ 02 5901416 คุณภทรมงคล/คุณจิรัชยา/คุณจุฑามาศ ผู้ประสานงาน หรือที่อีเมล moph.help@gmail.com

1.2 ขั้นตอนการยื่นขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ ตามระเบียบกระทรวงการคลังฯ ที่กำหนด กรณีปรับใช้กับ เคสติดเชื้อโควิด-19

1.2 ขั้นตอนการยื่นขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ ตามระเบียบกระทรวงการคลังฯ ที่กำหนด (กรณีปรับใช้กับ เศรษฐกิจเชื้อโควิด-19)



แบบฟอร์ม หมายเลข 1

แบบรายงานความเสียหายต่อผู้บังคับบัญชา หากเจ้าตัวเองได้ให้ใช้แบบที่ 1
แต่หากเจ้าตัวไม่สามารถยื่นเองได้ ให้ใช้แบบที่ 2

แบบที่ 1 กรณียื่นด้วยตนเอง

- ผู้ได้รับความเสียหายเป็นผู้ยื่นด้วยตนเอง

แบบที่ 2 กรณียื่นแทน

- ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

จากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น เป็นผู้ยื่นรายงานแทน

แบบรายงานความเสียหายต่อผู้บังคับบัญชา

เขียนที่.....

วันที่.....

1. เรียน (ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น / อาจารย์ผู้ควบคุม).....

ด้วยข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ประเภทการจ้าง.....สังกัด/แผนกที่ปฏิบัติงาน.....

.....ลักษณะงานที่รับผิดชอบ (ระบุงานในหน้าที่ที่รับผิดชอบ).....

ขอรายงานแจ้งเหตุ การได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ดังนี้ (อธิบายเหตุการณ์โดยสรุป บรรยายถึงเหตุการณ์ หรือการวินิจฉัยและผลการตรวจในห้องปฏิบัติการ การรักษาที่ได้รับและระยะเวลาที่ต้องรักษาตัว และความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับอย่างชัดเจน ถ้ามีบาดแผลให้บอกลักษณะบาดแผล)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ในการให้บริการสาธารณสุขที่ทำให้ได้รับความเสียหายเป็นการให้บริการผู้ป่วยประเภท...

- สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคม
- ไม่สามารถระบุได้แน่ชัด สิทธิอื่นๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้า

- ไม่มี การยื่นขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นในลักษณะที่คล้ายกัน
- มี การยื่นขอความช่วยเหลือจาก.....

ยื่นเมื่อ.....

ผลการพิจารณาของการยื่นดังกล่าว ปรากฏว่า

- ได้รับการช่วยเหลือเยียวยา จำนวน.....บาท
- อยู่ระหว่างพิจารณา
- ไม่ได้รับความช่วยเหลือ เนื่องจาก.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เบอร์ติดต่อที่สามารถติดต่อได้รวดเร็วที่สุด

ลงชื่อ.....

.....

(.....)

อีเมล.....

2. ความเห็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

- เห็นชอบ นำเรียนหัวหน้าหน่วยบริการต่อไป ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก...(ระบุ)

.....
.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

3. ความเห็นหัวหน้าหน่วยบริการ

- เห็นชอบ นำเรียนปลัดกระทรวงสาธารณสุข พร้อมแนบเอกสารหลักฐานประกอบ ดังนี้
 กรณีติดเชื้อ

แนบ ผลการตรวจร่างกายหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
ที่แสดงวัน/เดือน/ปี ที่ทราบความเสียหายว่าติดเชื้อ โดยมีแพทย์
เป็นผู้รับรองข้อมูล หรือเป็นผู้ให้ความเห็น

- กรณีนอกเหนือจากการติดเชื้อ

แนบ รายงานข้อเท็จจริงหรือพฤติกรรม ที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะ
ความเสียหาย รวมถึงสาเหตุ และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นโดยสรุป

- ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก...(ระบุ)

.....
.....
.....

เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปฏิบัติราชการแทน)

- เพื่อโปรดทราบ และพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
.....
.....

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยบริการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

/ทราบ แจ้งสำเนา...

ทราบ ลงนามแล้ว ส่งรายงานฉบับนี้ คืนให้แก่หน่วยบริการของผู้ได้รับความเสียหาย เพื่อประกอบการยื่นคำร้อง
ขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ ต่อไป โดยเร็ว ทั้งนี้ต้องไม่เกิน 1 ปี ตามที่ระเบียบฯ กำหนด

.....
.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....

ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันที่.....

แบบรายงานความเสียหายต่อผู้บังคับบัญชา

เขียนที่.....
วันที่.....

1. เรียน (ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น / อาจารย์ผู้ควบคุม).....
ด้วยข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง(ถ้ามี).....
ขอรายงานแจ้งเหตุ แทน(นาย/นาง/นางสาว).....ในฐานะ

ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

ซึ่งผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ดังนี้ (อธิบายเหตุการณ์โดยสรุป บรรยายถึง เหตุการณ์ หรือการวินิจฉัยและผลการตรวจในห้องปฏิบัติการ การรักษาที่ได้รับและระยะเวลาที่ต้องรักษาตัว และความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับอย่างชัดเจน ถ้ามีบาดแผลให้บอกลักษณะบาดแผล)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ในการให้บริการ...

ในการให้บริการสาธารณสุขที่ทำให้ได้รับความเสียหายดังกล่าว เป็นการให้บริการผู้ป่วยประเภท...

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | <input type="checkbox"/> สิทธิข้าราชการ | <input type="checkbox"/> สิทธิประกันสังคม |
| <input type="checkbox"/> ไม่สามารถระบุได้แน่ชัด | <input type="checkbox"/> สิทธิอื่นๆ (ระบุ)..... | |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

เบอร์ติดต่อที่สามารถติดต่อได้รวดเร็วที่สุด
.....
อีเมล.....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นรายงาน
(.....)

2. ความเห็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

- เห็นชอบ นำเรียนหัวหน้าหน่วยบริการต่อไป ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก...(ระบุ)

.....
.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

3. ความเห็นหัวหน้าหน่วยบริการ

- เห็นชอบ นำเรียนปลัดกระทรวงสาธารณสุข พร้อมแนบเอกสารหลักฐานประกอบ ดังนี้

- กรณีติดเชื้อ แนบ ผลการตรวจร่างกายหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
ที่แสดงวัน/เดือน/ปี ที่ทราบความเสียหายว่าติดเชื้อ โดยมีแพทย์
เป็นผู้รับรองข้อมูล หรือผู้ให้ความเห็น

- กรณีนอกเหนือจากการติดเชื้อ แนบ รายงานข้อเท็จจริงหรือพฤติกรรม ที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะ
ความเสียหาย รวมถึงสาเหตุ และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น

- ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก...(ระบุ)

.....
.....
.....

/เรียน ปลัด...

เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปฏิบัติราชการแทน)

เพื่อโปรดทราบ และพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
.....
.....

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยบริการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ทราบ ลงนามแล้ว ส่งรายงานฉบับนี้ คืนให้แก่หน่วยบริการของผู้ได้รับความเสียหาย เพื่อประกอบการยื่นคำร้อง
ขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ ต่อไป โดยเร็ว ทั้งนี้ต้องไม่เกิน 1 ปี ตามที่ระเบียบฯ กำหนด

.....
.....
.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....

ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันที่.....

แบบฟอร์ม หมายเลข 2

แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ หากเจ้าตัวยื่นเองได้ให้ใช้แบบที่ 1
แต่หากเจ้าตัวไม่สามารถยื่นเองได้ ให้ใช้แบบที่ 3

- กรณียื่นด้วยตนเอง
- กรณี ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจาก
ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น เป็นผู้ยื่นแทน

แบบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน.....(หัวหน้าหน่วยบริการ)

1. ประเภทความเสียหาย

 กรณีติดเชื้อ กรณีนอกจากการติดเชื้อ

2. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ผู้ได้รับความเสียหาย)

(1) ชื่อ - สกุล

(2) เลขบัตรประจำตัวประชาชน □□ - □□□□ - □□□□□□ - □□

(3) ตำแหน่ง.....

(4) ลักษณะงานที่รับผิดชอบ (ระบุงานในหน้าที่ที่รับผิดชอบ).....

(5) ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก.....

โทรศัพท์.....

(6) วันที่ทราบความเสียหายที่เกิดขึ้น

(7) เหตุและความเสียหายที่เกิดขึ้น (บรรยายถึงเหตุการณ์ความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับ).....

3. เอกสารหรือหลักฐานประกอบการยื่นคำร้อง

 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวที่รัฐออกให้ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ได้รับความเสียหาย

จึงเรียนมาเพื่อขอรับความช่วยเหลือตามระเบียบว่าด้วยการจ่ายเงินช่วยเหลือเงินเบื้องต้นแก่ผู้

ให้บริการ ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

สำหรับหน่วยบริการหรือหน่วยงานที่รับคำร้อง

- ชื่อหน่วยงานที่รับคำร้อง.....

- วันที่รับคำร้อง.....

- เจ้าหน้าที่ผู้รับคำร้อง ชื่อ - สกุล.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

แบบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน.....(หัวหน้าหน่วยบริการ)

1. ประเภทความเสียหาย

- กรณีติดเชื้อ
- กรณีนอกจากการติดเชื้อ

2. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น)

- (1) ชื่อ - สกุล.....
- (2) เลขบัตรประจำตัวประชาชน □□ - □□□□ - □□□□□□ - □□
- (3) ตำแหน่ง.....
- (4) ความสัมพันธ์กับผู้ได้รับความเสียหาย
 - เป็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้น เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น
- (5) ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก.....

โทรศัพท์.....

(6) วันที่ทราบความเสียหายที่เกิดขึ้น.....

(7) เหตุและความเสียหายที่เกิดขึ้น (บรรยายถึงเหตุการณ์ความเสียหายต่างๆ ที่ทราบ).....

3. เอกสารหรือหลักฐานประกอบการยื่นคำร้อง

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวที่รัฐออกให้
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชา

จึงเรียนมาเพื่อขอรับความช่วยเหลือตามระเบียบว่าด้วยการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการ ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

สำหรับหน่วยบริการหรือหน่วยงานที่รับคำร้อง

- ชื่อหน่วยงานที่รับคำร้อง.....
- วันที่รับคำร้อง.....
- เจ้าหน้าที่ผู้รับคำร้อง ชื่อ - สกุล.....
(.....)
- ตำแหน่ง.....

แบบฟอร์ม หมายเลข 3

แบบสรุปข้อเท็จจริง

ให้มอบหมายเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเป็นผู้จัดทำ
ต้องมีชื่อเจ้าตัว

แบบสรุปข้อเท็จจริง

(ใช้แนบท้าย แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ)

1. ชื่อ-สกุล ผู้ได้รับความเสียหาย.....อายุ.....
2. ตำแหน่ง-ระดับ.....
3. ประเภทการจ้าง.....
4. สังกัด.....
5. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในส่วน/แผนก ที่เกิดเหตุ.....ปี.....เดือน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ.....ปี.....เดือน
6. ลักษณะงานที่ปฏิบัติตามที่ได้รับมอบหมายให้บริการสาธารณสุข(อธิบายโดยสรุป).....

7. ลำดับเหตุการณ์ช่วงเวลาที่เริ่มรู้สึกว่าร่ากายไม่ปกติ เริ่มเข้าพบแพทย์เพื่อรับการรักษาอาการป่วย ตั้งแต่ยังไม่ทราบผลว่าติดเชื้อ (ระบุช่วงเวลา หรือวัน เดือน ปี ที่รักษาจริง เฉพาะกรณีติดเชื้อ เช่น ก่อนเข้าทำงาน ณ หน่วยงานปัจจุบัน สุขภาพปกติ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ หลังจากทำงานเป็นระยะเวลาหนึ่ง เริ่มมีอาการผิดปกติ และได้ไปพบแพทย์ จนถึงวันที่แพทย์แจ้งผลการตรวจว่าติดเชื้อหรือไม่ติดเชื้อ เป็นต้น ส่วนกรณีนอกจากการติดเชื้อ ให้ลำดับเหตุการณ์ตามข้อเท็จจริง เช่น กรณีอุบัติเหตุ ให้ลำดับเหตุการณ์ว่า เกิดอะไรขึ้น ที่ไหน เมื่อไหร่ อย่างไร เป็นต้น

8. วันที่ได้รับความเสียหาย/วันที่ทราบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

8.1 ทราบผลว่าติดเชื้อ เมื่อ.....

8.2 ทราบผลความเสียหายนอกจากการติดเชื้อ (อุบัติเหตุ ถูกทำร้าย ฯลฯ) เมื่อ.....

9. กรณีของการได้รับความเสียหาย หากมีข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องให้อธิบายเพิ่มเติมโดยสรุป

9.1 กรณีติดเชื้อ ติดเชื้อ จาก...

- บุคคล ซึ่งระบุได้แน่ชัด ตามเอกสารการตรวจสอบสิทธิผู้รับบริการ ที่แนบมาพร้อมนี้
- กลุ่มบุคคล ซึ่งไม่สามารถระบุได้แน่ชัด ตามเอกสารสิทธิผู้รับบริการที่เข้าข่ายเป็นกลุ่มบุคคล ที่อาจทำให้ ผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ที่แนบมาพร้อมนี้

9.2 กรณีนอกจากการติดเชื้อ

- (เกิดอุบัติเหตุ / ถูกทำร้าย) จากบุคคล ซึ่งระบุได้แน่ชัด ตามเอกสารการตรวจสอบสิทธิผู้รับบริการ ที่แนบมาพร้อมนี้
- (เกิดอุบัติเหตุ / ถูกทำร้าย) จากกลุ่มบุคคล ซึ่งไม่สามารถระบุได้แน่ชัด ตามเอกสารหลักฐานที่แสดงถึงจำนวนกลุ่มบุคคล แสดงถึงสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ เช่น สำเนาการสืบสวนสอบสวน ที่แนบมาพร้อมนี้ เป็นต้น

9.3 กรณีความเสียหายอื่นๆ(ระบุ)

อื่นๆ จาก.....
.....
.....

10. ผู้ได้รับความเสียหายตาม ข้อ 1 ให้บริการแก่ผู้ป่วยประเภท...

- สิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคม
 ไม่สามารถระบุได้แน่ชัด สิทธิอื่นๆ (ระบุ).....
 สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ยื่นคำร้องไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

11. ลักษณะความเสียหายที่เกิดขึ้น (อธิบายโดยสรุป ถึงผลการวินิจฉัยและผลการตรวจในห้องปฏิบัติการที่แพทย์ให้ความเห็น รวมถึงแผนการรักษา ระยะเวลาที่ต้องรักษา และความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับอย่างชัดเจน ถ้ามีบาดแผลให้บอกลักษณะบาดแผลด้วย โดยลำดับเป็นช่วงเวลา จนถึงปัจจุบัน หากอยู่ระหว่างรอผลการตรวจติดตามให้ระบุด้วยว่าเมื่อไหร่จะทราบผลดังกล่าว)

ระบุโดยสังเขป.....
.....
.....
.....
.....

12. ปัจจุบันผู้ได้รับความเสียหายเป็นอย่างไร (เช่น แพทย์ให้หยุดทำงานเป็นเวลากี่วัน กลับมาทำงานได้หรือไม่ เมื่อใด อาการปัจจุบันหลังจากให้การรักษาดีขึ้นหรือทรุดลงอย่างไร ผลกระทบอื่นๆเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตเป็นอย่างไร เช่น การประกอบกิจวัตรประจำวัน ผลกระทบเกี่ยวกับครอบครัว สถานที่ทำงาน เป็นต้น)

ระบุโดยสังเขป.....
.....
.....
.....
.....
.....

13.การยื่นขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นในลักษณะที่คล้ายกัน

13.1 ไม่มี

13.2 มี (ระบุชื่อหน่วยงานที่ขอ).....

13.2.1 ยื่นเมื่อ.....

13.2.2 ผลการพิจารณาของการยื่นดังกล่าว ปรากฏว่า

ได้รับการช่วยเหลือเยียวยา จำนวน.....บาท

ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือ เนื่องจาก.....

อยู่ระหว่างพิจารณา และคาดว่าจะทราบผลประมาณ เดือน.....พ.ศ.....

เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน

หมายเลขโทรศัพท์สำหรับการติดต่อกรณีเร่งด่วน

.....

อีเมล.....

ชื่อ - สกุล.....ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ความเห็นหัวหน้าหน่วยบริการ

ความเสียหายที่ได้รับ จัดอยู่ในประเภท...

ตัดเชื้อ อุบัติเหตุ ถูกทำร้าย อื่นๆ

ความเห็น

เห็นควรให้ขอรับความช่วยเหลือตามระเบียบฯ ต่อไป

ไม่เป็นไปตามระเบียบฯ

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยบริการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

หมายเหตุ : 1.ผู้ให้ข้อมูลต้องเป็นเจ้าหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าหน่วยบริการ มิใช่เจ้าตัว

2.เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน อาจเป็นบุคคลเดียวกันกับผู้ให้ข้อมูลก็ได้

ตาราง หมายเลข 4

รายการเอกสารหลักฐาน	จำนวน
1.แบบรายงานความเสียหาย	จำนวน 1 ฉบับ
2.แบบคำร้องฯ	จำนวน 1 ฉบับ
3.แบบสรุปข้อเท็จจริง	จำนวน 1 ฉบับ
4.สำเนาบัตรประชาชน	ของผู้ได้รับความเสียหาย และหรือผู้ยื่นแทน อย่างละ 1 ฉบับ
5.สำเนาทะเบียนบ้าน	ของผู้ได้รับความเสียหาย และหรือผู้ยื่นแทน อย่างละ 1 ฉบับ
6.ใบมรณะบัตร	ของผู้ได้รับความเสียหาย กรณีเสียชีวิต 1 ฉบับ
7.เอกสารทางการแพทย์แสดงผลการติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (โควิด-19) ซึ่งรับรองสำเนาโดย หัวหน้าหน่วยบริการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย	ของผู้ได้รับความเสียหาย จำนวน 1 ฉบับ
8.เอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง(ถ้ามี)	ตามแต่กรณี