



ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๗/ว ๓๓๕๗

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๐ กันยายน ๒๕๖๑

เรื่อง การขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการสำนักงาน
เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒

อ้างถึง ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ได้รับความ
เสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๖๑

สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวทางการดำเนินการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ จำนวน ๑ ชุด

ตามระเบียบกระทรวงการคลังฯ ที่อ้างถึง กำหนดหลักเกณฑ์ การรายงานเหตุ การขอรับและ
การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข
ซึ่งมีผลบังคับใช้ ตั้งแต่วันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป โดยให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหาย
จากการให้บริการสาธารณสุขยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นต่อหัวหน้าหน่วยบริการสาธารณสุข ณ ที่เกิด
เหตุภายใน ๑ ปี นับตั้งแต่วันที่ได้รับความเสียหาย ไปยังผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้นจนถึงหัวหน้าส่วนราชการต้น
สังกัด ส่งให้คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัย โดยมีขั้นตอนและระยะเวลาที่กำหนดไว้ในระเบียบฯ แล้ว นั้น

เพื่อให้การดำเนินการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ ในระยะเริ่มแรกได้ข้อมูลพร้อมเอกสาร
ครบถ้วน เป็นไปในทิศทางเดียวกันและถูกต้องตามระเบียบฯ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงกำหนด
แนวทางการดำเนินการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายจากการ
ให้บริการสาธารณสุข ดังนี้

๑. การรายงานเหตุ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้มอบอำนาจให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
เป็นผู้รับแจ้งเหตุแทน ซึ่งตามระเบียบฯ ข้อ ๗ และ ข้อ ๘ กำหนดให้รายงานต่อหัวหน้าส่วนราชการต้นสังกัด
คือปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายใน ๗ วัน

๒. การยื่นขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ ให้ดำเนินการ ดังนี้

๒.๑. กำหนดการยื่นขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ เป็น ๒ แนวทาง คือ

- สิทธิ UC ยื่นต่อเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- สิทธิข้าราชการ ประกันสังคม ต่างด้าว หรืออื่นๆ ยื่นต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๒.๒. กรณียื่นต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ยื่นต่อผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้นถึงนายแพทย์
สาธารณสุขจังหวัดเพื่อพิจารณากลับกรองเบื้องต้น ตามระเบียบฯ และสรุปข้อมูลพร้อม
เอกสารหลักฐานประกอบตามแบบฟอร์มที่กำหนด แล้วส่งผ่านเขตสุขภาพ ถึง
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อส่งเรื่องให้คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยฯ

๒.๓. ให้ยื่นขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ ให้ทันตามเวลาที่ระเบียบฯ กำหนด โดยส่ง
ถึงปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายใน ๑๕ วัน นับจากวันที่หัวหน้าหน่วยบริการ
ได้รับคำร้อง (ดูรายละเอียดตามแนวทางการดำเนินการขอรับเงินช่วยเหลือ
เบื้องต้นฯ)

/๒.๔.แนวทางการยื่นเรื่อง...

๒.๔.แนวทางการยื่นเรื่อง เป็น ๒ แนวทาง

- ส่งไฟล์เอกสารสแกนผ่านช่องทางออนไลน์ (อีเมล moph.help@gmail.com) และ
- ยื่นเป็น Paper เสนอปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านกองบริหารทรัพยากรบุคคลทางไปรษณีย์ไทย (EMS)

๓. เพื่อให้การพิจารณาวินิจฉัยของคณะกรรมการฯ เป็นไปด้วยความรวดเร็วและได้ข้อมูลที่ครบถ้วน จึงขอให้หน่วยบริการส่งผู้แทนของผู้ขอรับเงินช่วยเหลือแต่ละกรณีเข้าชี้แจงในที่ประชุมด้วย

๔. คู่มือแนวทางการดำเนินการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ อยู่ระหว่างดำเนินการจะแจ้งเวียนให้หน่วยบริการถือปฏิบัติต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและถือปฏิบัติต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



(นายเจษฎา โชคดำรงสุข)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กองบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร. ๐ ๒๕๙๐ ๑๔๑๖

โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๑๔๑๓

แนวทางการดำเนินการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น แก่ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายจากการ ให้บริการสาธารณสุข ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนการดำเนินการให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ประกอบด้วย 2 ส่วน ที่สำคัญ ได้แก่

- ขั้นตอนที่ 1 การรายงานแจ้งเหตุต่อผู้บังคับบัญชาหรืออาจารย์ผู้ควบคุม
- ขั้นตอนที่ 2 การยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ

ช่องทางการจัดส่งรายงานแจ้งเหตุฯ และแบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือฯ

1. รายงานแจ้งเหตุให้รายงานเป็นหนังสือต่อผู้บังคับบัญชาหรืออาจารย์ผู้ควบคุม แล้วแต่กรณี เพื่อให้ทราบเหตุ ความเสียหายที่เกิดขึ้น ทราบข้อเท็จจริงหรือเหตุการณ์แห่งความเสียหายนั้น โดยผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย เป็นผู้รายงานเหตุดังกล่าวด้วยตนเอง หากไม่สามารถยื่นรายงานเองได้ ให้คู่สมรส บุพการี หรือผู้สืบสันดาน แล้วแต่กรณี ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้นยื่นรายงานดังกล่าวแทนได้ โดยใช้แบบรายงาน ความเสียหายต่อผู้บังคับบัญชา ซึ่งมี 2 แบบ คือ 1)กรณียื่นด้วยตนเอง และ 2)กรณียื่นแทน (เอกสารแนบ 1) ตาม ขั้นตอนที่ 1.1 และ 1.2 ตามแต่กรณี ทั้งนี้รายงานแจ้งเหตุที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขรับทราบเหตุแล้วให้แจ้งฝ่าย เลขานุการคณะกรรมการฯ (ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) เพื่อรวบรวม และดำเนินการต่อไป

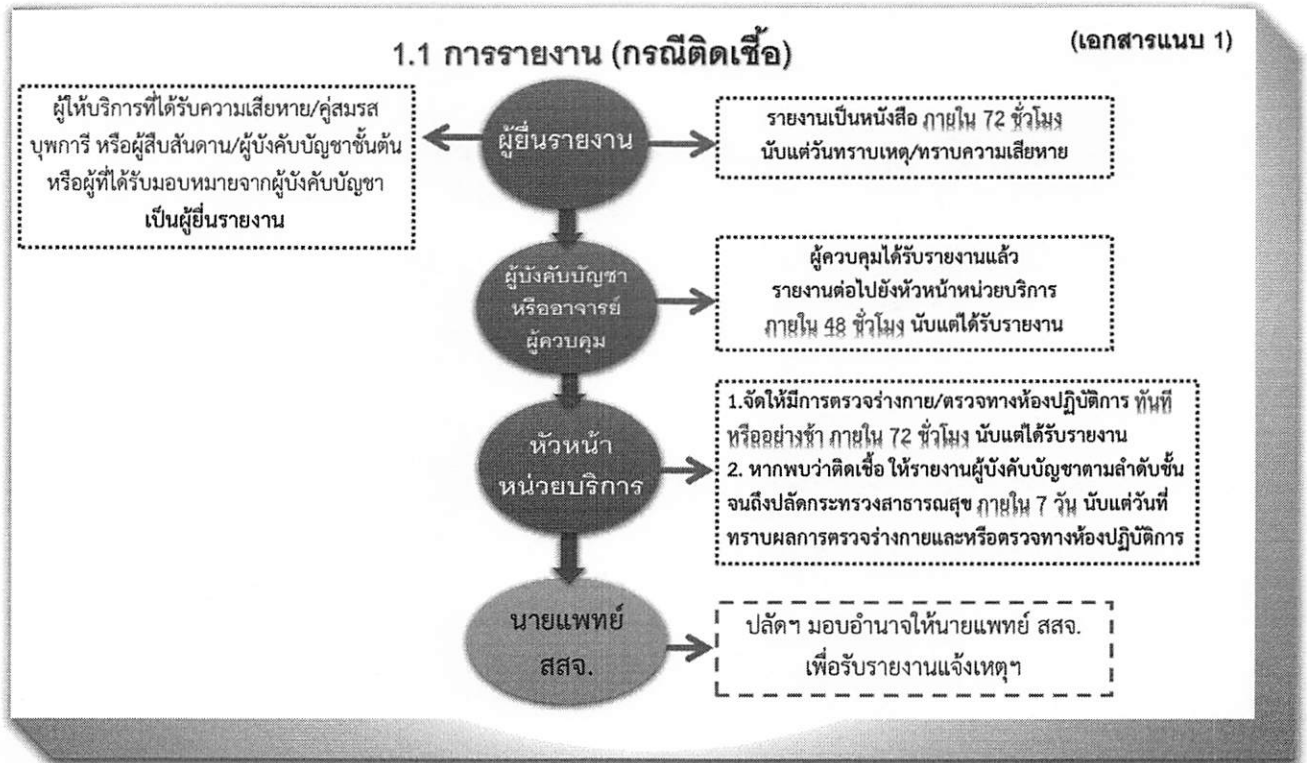
2. การยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือฯ ให้ยื่นต่อหัวหน้าหน่วยบริการสาธารณสุข ณ ที่เกิดเหตุ ภายใน 1 ปี นับแต่ วันที่ได้รับความเสียหาย โดย ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายเป็นผู้ยื่นคำร้องดังกล่าวด้วยตนเอง หรือหาก ไม่สามารถยื่นเองได้ ให้คู่สมรส บุพการี หรือผู้สืบสันดาน แล้วแต่กรณี ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น ยื่นคำร้องดังกล่าวแทนได้ (เอกสารแนบ 2) ซึ่งต้องแนบสำเนาเอกสารตามข้อ 1 และสรุปประเด็นสำคัญตามแบบฟอร์ม สรุปข้อมูลเบื้องต้น (เอกสารแนบ 3) พร้อมเอกสารหลักฐานตามที่กำหนดให้ครบถ้วนด้วย (หลักฐานประกอบฯ ข้อ 1-9)

เอกสารตามข้อ 2 ให้ส่งไฟล์เอกสารสแกนทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ moph.help@gmail.com ภายในระยะเวลาที่กำหนด และให้ส่งเอกสารต้นฉบับทางไปรษณีย์ (EMS)

เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนของการขอรับความช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย จากผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) ให้ยื่นขอรับความช่วยเหลือไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ (สปสข.) ส่วนสิทธิอื่นให้ยื่นไปยังปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ให้หน่วยบริการดำเนินการตามหนังสือสั่งการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและแนวทางการดำเนินการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการ สาธารณสุข ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จนกว่าจะมีการแจ้งเวียนคู่มือให้ถือปฏิบัติต่อไป รายละเอียดตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 รายงานเป็นหนังสือแจ้งเหตุถึงผู้บังคับบัญชาหรืออาจารย์ผู้ควบคุม ตามแต่กรณี



ขั้นตอนที่ 2 ยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ (ทั้งกรณีติดเชื้อ และกรณีนอกเหนือจากการติดเชื้อ)

การยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือ ทั้ง 2 กรณี (กรณีติดเชื้อ และกรณีนอกเหนือจากการติดเชื้อ) ให้ยื่นคำร้องต่อหัวหน้าหน่วยบริการสาธารณสุข ณ ที่เกิดเหตุ ภายใน 1 ปี นับแต่วันที่ได้รับความเสียหาย โดยใช้แบบฟอร์มตามที่ระเบียบกำหนด (เอกสารแนบ 2) ซึ่งมี 3 แบบ แยกตามประเภทผู้ยื่นคำร้อง คือ

แบบที่ 1 ผู้ได้รับความเสียหาย เป็นผู้ยื่นเอง

แบบที่ 2 คู่สมรส, บุพการี, ผู้สืบสันดาน เป็นผู้ยื่นแทน และ

แบบที่ 3 ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น เป็นผู้ยื่นแทน



หลักฐานประกอบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือ(ทั้งกรณีติดเชื้อ และนอกเหนือจากการติดเชื้อ)

1. แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ (เอกสารแนบ 2)
2. สำเนาแบบรายงานความเสียหายต่อผู้บังคับบัญชา (เอกสารแนบ 1)
 - 2.1 กรณีติดเชื้อ แนบ ผลการตรวจร่างกายหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - 2.2 กรณีนอกเหนือจากการติดเชื้อ แนบ รายงานข้อเท็จจริงหรือพฤติการณ์
3. แบบสรุปข้อมูลเบื้องต้น (เอกสารแนบ 3)
4. สำเนาเวชระเบียนของผู้ได้รับความเสียหาย และของผู้รับบริการ (ช่วงที่มารักษา และทำให้ผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย)
5. ใบตรวจสอบสิทธิ ของผู้รับบริการ (ที่ทำให้ผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย)
6. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้ได้รับความเสียหาย และของผู้ยื่นคำร้อง (ตามแต่กรณี)
7. สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ได้รับความเสียหาย และของผู้ยื่นคำร้อง (ตามแต่กรณี)
8. สำเนาใบสำคัญการสมรส (กรณีคู่สมรสเป็นผู้ยื่นแทน)
9. สำเนาใบมรณบัตร ของผู้ได้รับความเสียหาย (กรณีเสียชีวิต)

ช่องทางการติดตามข่าวสารและการติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม



เว็บไซต์กองบริหารทรัพยากรบุคคล

<https://hr.moph.go.th>



หมายเลขโทรศัพท์

0 2590 1416 , 0 2590 1411



กรุ๊ปไลน์ (เงินช่วยเหลือฯ 2561)

bit.ly/2mlc8YI

(bit.ly/สอง เอ็ม ไอใหญ่ ซี แปด วาย แอลเล็ก)



เอกสารแนบ 1

แบบรายงานความเสียหายต่อผู้บังคับบัญชา

เขียนที่.....

วันที่.....

1. เรียน (ผู้บังคับบัญชาชั้นต้นหรืออาจารย์ผู้ควบคุม).....

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.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

เบอร์ติดต่อที่สามารถติดต่อได้รวดเร็วที่สุด

.....

อีเมล.....

ลงชื่อ.....

(.....)

2. ความเห็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

เห็นชอบ นำเรียนหัวหน้าหน่วยบริการต่อไป ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก...(ระบุ)

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

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

3. ความเห็นหัวหน้าหน่วยบริการ

เห็นชอบ นำเรียนปลัดกระทรวงสาธารณสุข พร้อมแนบเอกสารหลักฐานประกอบ ดังนี้
 กรณีติดเชื้อ แนบ ผลการตรวจร่างกายหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 กรณีนอกเหนือจากการติดเชื้อ แนบ รายงานข้อเท็จจริงหรือเหตุการณ์
 ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก...(ระบุ)

.....
.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

4. เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปฏิบัติราชการแทน)

เพื่อโปรดทราบ และพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

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

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยบริการ
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

5. เรียบ คณกรรมการพิจารณาวินิจฉัยการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ ผ่าน ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการฯ)

เพื่อโปรดทราบ และพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

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

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....

ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันที่.....

แบบรายงานความเสียหายต่อผู้บังคับบัญชา

เขียนที่.....

วันที่.....

1. เรียน (ผู้บังคับบัญชาชั้นต้นหรืออาจารย์ผู้ควบคุม).....

ด้วยข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

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

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

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

ในการให้บริการสาธารณสุขที่ทำให้ได้รับความเสียหายดังกล่าว เป็นการให้บริการผู้ป่วยประเภท...

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

เบอร์ติดต่อที่สามารถติดต่อได้รวดเร็วที่สุด

.....

อีเมล.....

ลงชื่อ.....

(.....)

2. ความเห็นผู้บังคับบัญชาขั้นต้น

เห็นชอบ นำเรียนหัวหน้าหน่วยบริการต่อไป ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก...(ระบุ)

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....
วันที่.....

3. ความเห็นหัวหน้าหน่วยบริการ

เห็นชอบ นำเรียนปลัดกระทรวงสาธารณสุข พร้อมแนบเอกสารหลักฐานประกอบ ดังนี้
 กรณีติดเชื่อ แนบ ผลการตรวจร่างกายหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 กรณีนอกเหนือจากการติดเชื่อ แนบ รายงานข้อเท็จจริงหรือพฤติการณ์
 ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก...(ระบุ)

.....

.....

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....
วันที่.....

4. เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปฏิบัติราชการแทน)

เพื่อโปรดทราบ และพิจารณาคำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยบริการ
(.....)

ตำแหน่ง.....
วันที่.....

5. เรียง คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ ผ่าน ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการฯ)

เพื่อโปรดทราบ และพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

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

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....

ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันที่.....

เอกสารแนบ 2

แบบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน.....(หัวหน้าหน่วยบริการ)

๑. ประเภทความเสียหาย

 กรณีติดเชื้อ กรณีนอกจากการติดเชื้อ

๒. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ผู้ได้รับความเสียหาย)

(๑) ชื่อ - สกุล

(๒) เลขบัตรประจำตัวประชาชน □□ - □□□□ - □□□□□ - □□

(๓) ตำแหน่ง.....

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

(๕) ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก.....

โทรศัพท์.....

(๖) วันที่ทราบความเสียหายที่เกิดขึ้น

(๗) เหตุและความเสียหายที่เกิดขึ้น (บรรยายถึงเหตุการณ์ความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับ).....

๓. เอกสารหรือหลักฐานประกอบการยื่นคำร้อง

 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวที่รัฐออกให้ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ได้รับความเสียหาย

จึงเรียนมาเพื่อขอรับความช่วยเหลือตามระเบียบว่าด้วยการจ่ายเงินช่วยเหลือเงินเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการ ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

สำหรับหน่วยบริการหรือหน่วยงานที่รับคำร้อง

- ชื่อหน่วยงานที่รับคำร้อง.....

- วันที่รับคำร้อง.....

- เจ้าหน้าที่ผู้รับคำร้อง ชื่อ - สกุล.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

แบบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน.....(หัวหน้าหน่วยบริการ)

๑. ประเภทความเสียหาย

 กรณีติดเชื้อ กรณีนอกจากการติดเชื้อ

๒. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (คู่สมรส, บุพการี, ผู้สืบสันดาน)

(๑) ชื่อ - สกุล

(๒) เลขบัตรประจำตัวประชาชน □□ - □□□□ - □□□□□□ - □□

(๓) ตำแหน่ง.....

(๔) ความสัมพันธ์กับผู้ได้รับความเสียหาย

 คู่สมรส บุพการี ผู้สืบสันดาน

(๕) ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก.....

โทรศัพท์.....

(๖) วันที่ทราบความเสียหายที่เกิดขึ้น

(๗) เหตุและความเสียหายที่เกิดขึ้น (บรรยายถึงเหตุการณ์ความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับ).....

๓. เอกสารหรือหลักฐานประกอบการยื่นคำร้อง

 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวที่รัฐออกให้ ใบมรณะบัตรผู้ได้รับความเสียหาย สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ได้รับความเสียหาย ใบทะเบียนสมรส สำเนาทะเบียนบ้านของคู่สมรส บุพการี ผู้สืบสันดานจึงเรียนมาเพื่อขอรับความช่วยเหลือตามระเบียบว่าด้วยการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่
ผู้ให้บริการ ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

สำหรับหน่วยบริการหรือหน่วยงานที่รับคำร้อง

- ชื่อหน่วยงานที่รับคำร้อง.....

- วันที่รับคำร้อง.....

- เจ้าหน้าที่ผู้รับคำร้อง ชื่อ - สกุล.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

แบบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน.....(หัวหน้าหน่วยบริการ)

๑. ประเภทความเสียหาย

 กรณีติดเชื้อ กรณีนอกจากการติดเชื้อ

๒. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น)

(๑) ชื่อ - สกุล.....

(๒) เลขบัตรประจำตัวประชาชน □□ - □□□□ - □□□□□ - □□

(๓) ตำแหน่ง.....

(๔) ความสัมพันธ์กับผู้ได้รับความเสียหาย

 เป็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้น เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

(๕) ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก.....

โทรศัพท์.....

(๖) วันที่ทราบความเสียหายที่เกิดขึ้น.....

(๗) เหตุและความเสียหายที่เกิดขึ้น (บรรยายถึงเหตุการณ์ความเสียหายต่างๆ ที่ทราบ).....

๓. เอกสารหรือหลักฐานประกอบการยื่นคำร้อง

 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวที่รัฐออกให้ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชา

จึงเรียนมาเพื่อขอรับความช่วยเหลือตามระเบียบว่าด้วยการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่

ผู้ให้บริการ ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

สำหรับหน่วยบริการหรือหน่วยงานที่รับคำร้อง

- ชื่อหน่วยงานที่รับคำร้อง.....

- วันที่รับคำร้อง.....

- เจ้าหน้าที่ผู้รับคำร้อง ชื่อ - สกุล.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เอกสารแนบ 3

แบบสรุปข้อมูลเบื้องต้น
(ใช้แนบท้าย แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ)

1. ชื่อ-สกุล ผู้ได้รับความเสียหาย.....
2. ตำแหน่ง-ระดับ.....
3. ประเภทการจ้าง.....
4. สังกัด.....
5. ลักษณะงานที่ปฏิบัติตามที่ได้รับมอบหมายให้บริการสาธารณสุข(อธิบายโดยสรุป).....

5. ช่วงเวลาที่เริ่มรับการรักษาอาการป่วยแต่ยังไม่ทราบผลว่าติดเชื้อ(ระบุช่วงเวลา หรือวัน เดือน ปีที่รักษาจริง เฉพาะกรณีติดเชื้อ หากมีหลายครั้งให้ระบุทุกครั้ง).....

6. วันที่ได้รับความเสียหาย/วันที่ทราบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ.....

7. ได้รับความเสียหายจากเหตุการณ์ใด อธิบายโดยสรุป รวมถึงระบุช่วงเวลา สถานที่เกิดเหตุ หรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ

7.1 กรณีติดเชื้อ

ติดเชื้อ จาก.....

7.2 กรณีความเสียหายอื่นๆ

อุบัติเหตุ จาก.....

ถูกทำร้าย จาก.....

การส่งต่อผู้ป่วย จาก.....

อื่นๆ จาก.....

8. เป็นการให้บริการผู้ป่วยประเภท...

สิทธิข้าราชการ

สิทธิประกันสังคม

ไม่สามารถระบุได้แน่ชัด

สิทธิอื่นๆ (ระบุ).....

สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ยื่นคำร้องไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

จำนวน.....คน ที่ทำให้ได้รับความเสียหาย ตามสำเนาใบตรวจสอบสิทธิ และสำเนาเวชระเบียนของ
ผู้รับบริการตามจำนวนที่ระบุ

9. ลักษณะความเสียหายที่เกิดขึ้น (อธิบายโดยสรุป ถึงผลการวินิจฉัยและผลการตรวจในห้องปฏิบัติการ การรักษา
ที่ได้รับและระยะเวลาที่ต้องรักษาตัว และความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับอย่างชัดเจน ถ้ามีบาดแผลให้บอกลักษณะบาดแผล)

ระบุโดยสังเขป.....

10. ปัจจุบันผู้ได้รับความเสียหายเป็นอย่างไร (เช่น ให้หยุดทำงานเป็นเวลากี่วัน กลับมาทำงานได้หรือไม่ อาการ
ปัจจุบันหลังจากให้การรักษาดีขึ้นหรือทรุดลงอย่างไร ผลกระทบอื่นๆเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตเป็นอย่างไร เป็นต้น)

ระบุโดยสังเขป.....

11. การยื่นขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นในลักษณะที่คล้ายกัน

11.1 ไม่มี

11.2 มี (ระบุชื่อหน่วยงานที่ขอ).....

11.2.1 ยื่นเมื่อ.....

11.2.2 ผลการพิจารณาของการยื่นดังกล่าว ปรากฏว่า

ได้รับการช่วยเหลือเยียวยา จำนวน.....บาท

ไม่ได้รับความช่วยเหลือ เนื่องจาก.....

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

เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน

หมายเลขโทรศัพท์สำหรับการติดต่อกรณีเร่งด่วน

อีเมล.....

ชื่อ - สกุล.....ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....