

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

จึงเรียนมาเพื่อขอรับความช่วยเหลือตามระเบียบว่าด้วยการจ่ายเงินช่วยเหลือเงินเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการ ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

สำหรับหน่วยบริการหรือหน่วยงานที่รับคำร้อง

- ชื่อหน่วยงานที่รับคำร้อง.....

- วันที่รับคำร้อง.....

- เจ้าหน้าที่ผู้รับคำร้อง ชื่อ - สกุล.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

แบบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน.....(หัวหน้าหน่วยบริการ)

1. ประเภทความเสียหาย

☐ กรณีติดเชื้อ

☐ กรณีนอกจากการติดเชื้อ

2. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (คู่สมรส, บุพการี, ผู้สืบสันดาน)

(1) ชื่อ - สกุล

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

(3) ตำแหน่ง.....

(4) ความสัมพันธ์กับผู้ได้รับความเสียหาย

☐ คู่สมรส ☐ บุพการี ☐ ผู้สืบสันดาน

(5) ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก.....

โทรศัพท์.....

(6) วันที่ทราบความเสียหายที่เกิดขึ้น

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

3. เอกสารหรือหลักฐานประกอบการยื่นคำร้อง

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวที่รัฐออกให้

☐ ใบมรณะบัตรผู้ได้รับความเสียหาย

☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ได้รับความเสียหาย

☐ ใบทะเบียนสมรส

☐ สำเนาทะเบียนบ้านของคู่สมรส บุพการี ผู้สืบสันดาน

จึงเรียนมาเพื่อขอรับความช่วยเหลือตามระเบียบว่าด้วยการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการ 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.....