

## แบบยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ

สถานที่ยื่นคำร้อง .....

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. ข้อมูลของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๒.๑ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๒.๒ ชื่อ - สกุล.....

อายุ ..... ปี เพศ  ชาย  หญิง

๒.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ  คู่สมรส  บิดา/มารดา  บุตร  อื่นๆ

๒.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก .....

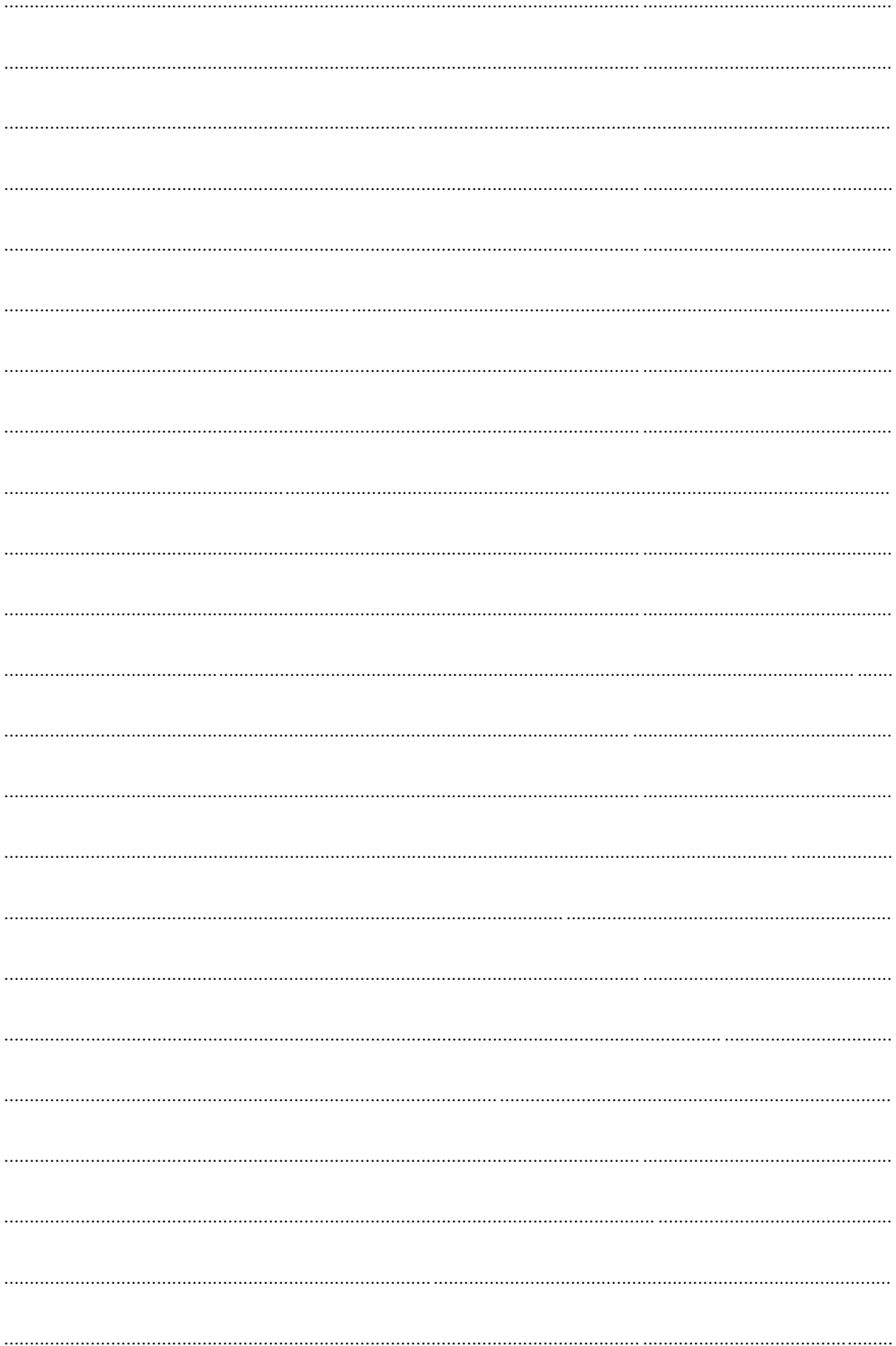
.....โทรศัพท์..... โทรสาร.....

### ๓. ข้อมูลความเสียหาย

๓.๑ วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น .....

๓.๒ เหตุและ ความเสียหายที่เกิดขึ้น (บรรยายถึงเหตุการณ์ และความเสียหายต่าง ๆ ที่ได้รับอย่างชัดเจน ถ้ามี บาดแผลให้บอกลักษณะบาดแผล).....

.....



๓.๓ การวินิจฉัยและผลการตรวจในห้องปฏิบัติการ.....

.....

๓.๔ การรักษาที่ได้รับและระยะเวลาที่ต้องรักษาตัว.....

.....

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 สถิติในการรับบริการ  ประกันสุขภาพ  ประกันสังคม  ข้าราชการ  อื่นๆ

๕. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง (ทั้งของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ)

๕.๑ สำเนาเวชระเบียนของผู้ให้บริการ และ/หรือใบรับรองแพทย์

๕.๒ ใบตรวจสอบสวนสิทธิของผู้รับบริการ พร้อมสำเนาเวชระเบียนของผู้รับบริการ(ช่วงที่มา  
รักษาและทำให้ผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย)

๕.๓ เอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง.....

ลงชื่อ ..... ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)