

จนท.กร.ส.อ.นท.

29 ต.ค. 2567
ส.ก.นท.
18 ต.ค. 67

กองยุทธศาสตร์และงบประมาณ
เลขรับ.....1213
วันที่ 29 ต.ค. 2567
เวลา.....11.30 น.



○ สบ. ☒ กสค.
○ กย. ☐ กจ.
○ กค. ☐ สน.ทบ.
○ กข. ☐ สรบ.
○ กสส. ☐
○ กศ. ☐

เทศบาลเมืองบางศรีเมือง
เลขรับ.....1680
วันที่ 18 ต.ค. 2567
เวลา.....19.48 น.

ที่ นบ ๕๑๐๑๑/๕๗๔๘

องค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี

ถนนรัตนธิเบศร์ อำเภอเมืองนนทบุรี

จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๘ ตุลาคม ๒๕๖๗

วันที่ 18 ต.ค. 2567
เวลา 19.49 น.

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์การดำเนินงานโครงการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

เรียน นายกเทศมนตรีเมืองบางศรีเมือง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี พ.ศ. ๒๕๖๔ และแก้ไขเพิ่มเติม จำนวน ๑ ชุด

๒. เอกสารประกอบในการยื่นคำขอ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี จะดำเนินงานโครงการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี เพื่อให้ความช่วยเหลือประชาชนที่เจ็บป่วยซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ยากไร้ โดยได้รับการช่วยเหลือเป็นเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ อันจะช่วยให้แบ่งเบาภาระค่าดำรงชีพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ในการนี้ เพื่อให้โครงการดังกล่าวบรรลุวัตถุประสงค์ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี จึงขอความร่วมมือมายังหน่วยงานของท่านประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในเขตพื้นที่ราบเกี่ยวกับประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด รายนะเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ โดยผู้ป่วยที่ยากไร้ดำเนินการขอรับการสงเคราะห์จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ก่อน ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่ยากไร้ที่มีความประสงค์ขอรับความช่วยเหลือการสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับการรักษาพยาบาล ตามระเบียบข้างต้นนั้นสามารถยื่นคำขอ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ หรือสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มต่างๆ ได้จากเว็บไซต์ <http://www.nont-pro.go.th>

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและขอขอบคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

พันตำรวจเอก

(ธงชัย เย็นประเสริฐ)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี

กองสวัสดิการสังคม

ฝ่ายสังคมสงเคราะห์

โทรศัพท์ ๐ ๒๕๒๗ ๘๐๐๓ /โทรสาร ๐ ๒๕๕๗ ๓๘๖๓

ผู้ประสานงาน นางสาวหทัยา เจ๊ะหนู่ม โทร ๐๙ ๔๓๔๐ ๙๘๘๙



ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดน่าน
เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดน่าน
พ.ศ. ๒๕๖๔

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นการให้ความช่วยเหลือประชาชนที่เจ็บป่วยซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ยากไร้เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ เป็นการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่ยากไร้ตามสมควรแก่กรณี นั้น

ดังนั้น เพื่อให้การอนุมัติการสงเคราะห์ช่วยเหลือประชาชนที่เจ็บป่วยซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดน่าน การให้ความช่วยเหลือหรือดำเนินการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล อาศัยอำนาจตามมาตรา ๓๕/๕ (๔) แห่งพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ข้อ ๙ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐ ประกอบมติที่ประชุมคณะกรรมการพิจารณาค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดน่าน ครั้งที่ ๑/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ จึงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดน่าน เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ ดำเนินการตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐ และหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ที่ มท ๐๘๐๘.๒/๒๐๒๔๑ ลงวันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ เรื่อง ทาหรือการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดน่าน ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดน่าน เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดน่าน พ.ศ. ๒๕๖๔”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“ผู้ป่วยที่ยากไร้” หมายความว่า ผู้ป่วยที่ยากจน ซึ่งมีสิทธิได้รับการสงเคราะห์ตามหลักเกณฑ์การสงเคราะห์ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

“ผู้ดูแล” หมายความว่า บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา พี่น้อง หรือบุคคลอื่นใดที่รับผิดชอบหรืออุปการะผู้ป่วยที่ยากไร้

“การสงเคราะห์” หมายความว่า การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยากไร้เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

ข้อ ๔ คุณสมบัติผู้ป่วยที่ยากไร้ที่จะยื่นคำขอรับการสงเคราะห์

(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) มีภูมิลำเนาในเขตจังหวัดน่าน

(๓) ได้เข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลของรัฐส่งต่อการรักษาไปยังสถานพยาบาลเอกชนโดยสิทธิสวัสดิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่ต้นสังกัดส่งต่อไป

ข้อ ๕ ผู้ป่วยที่ยากไร้ได้ดำเนินการขอรับการสงเคราะห์จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรีแล้วไม่เพียงพอ หรือไม่ได้รับการสงเคราะห์เนื่องจากถูกจำกัดด้วยงบประมาณ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรีสามารถให้การสงเคราะห์เพิ่มเติมได้ตามที่จ่ายจริงไม่เกิน ครั้งละ ๒,๐๐๐ บาท ต่อคน และไม่เกินสามครั้งต่อคนต่อปีงบประมาณ

ในกรณีผู้ป่วยที่ยากไร้มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีความจำเป็นจะต้องได้รับการสงเคราะห์มากกว่าสามครั้ง องค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรีจะดำเนินการขอความเห็นชอบจากผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นรายการต่อไป

ข้อ ๖ การขอรับการสงเคราะห์

(๑) ผู้ป่วยที่ยากไร้หรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ยากไร้ ยื่นแบบขอรับการสงเคราะห์ตามแบบที่กำหนดต่อเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลที่ตนพักอาศัยอยู่ปัจจุบัน และให้เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลส่งคำขอรับการสงเคราะห์ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี เพื่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรีจะได้ส่งคำขอรับการสงเคราะห์ไปยังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรีต่อไป หรือยื่นแบบขอรับการสงเคราะห์ตามแบบที่กำหนดให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรีโดยตรงก็ได้

(๒) สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรีตรวจสอบข้อมูลและพิจารณาให้การสงเคราะห์ตามหลักเกณฑ์การสงเคราะห์ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ก่อน กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการสงเคราะห์ตามข้อ ๕ จะส่งต่อคำขอนั้นพร้อมหลักฐานและเหตุผลประกอบการพิจารณาไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี เพื่อดำเนินการตามระเบียบต่อไป

ข้อ ๗ เอกสารที่ใช้ในการขอรับการสงเคราะห์ ดังนี้

- (๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- (๒) สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ป่วย (ถ้ามี)
- (๓) สำเนาบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ (ถ้ามี)
- (๔) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย
- (๕) แบบคำขอรับการสงเคราะห์ (แบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

(๖) แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรีในการขอรับค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐของผู้ป่วย (โดยมีผู้รับรองเป็นปลัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.) หรือเจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย)

(๗) ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง แสดงว่าผู้ป่วยเดินทางเข้ารับการรักษาพยาบาล (ระบุ ชื่อ - สกุลของผู้ป่วย วัน เดือน ปี และโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่ทำการรักษา)

(๘) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของธนาคารกรุงไทย ประเภทออมทรัพย์

(๙) หนังสือมอบอำนาจ กรณีผู้ป่วยที่ยากไร้ไม่สามารถยื่นคำขอ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยื่นแทน

(๑๐) เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๘ วิธีการจ่ายเงินสงเคราะห์

วิธีการจ่ายเงินสงเคราะห์เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) เข้ารับการ
รักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยที่ยากไร้ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรีจะโอนเงินผ่านบัญชีเงินฝากของ
ธนาคารกรุงไทย ประเภทออมทรัพย์ ในชื่อบัญชีของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ดังนี้

- (๑) บัญชีของผู้ป่วยที่ยากไร้
- (๒) บัญชีผู้ที่ได้รับมอบอำนาจตามกฎหมาย
- (๓) บัญชีผู้ดูแลที่ได้รับมอบอำนาจ
- (๔) บัญชีผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้ดูแล

ข้อ ๙ การพิจารณาให้การสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) เข้ารับการ
รักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยที่ยากไร้ของคณะกรรมการพิจารณาค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้
ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรีให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

การเดินทางโดยยานพาหนะโดยสารประจำทาง หรือการเดินทางโดยยานพาหนะ
โดยสารไม่ประจำทาง ให้เบิกค่าพาหนะเดินทางเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กฎหมายว่าด้วยการขนส่ง
ทางบกและเรือกลเดินประจำทางตามกฎหมายว่าด้วยการเดินเรือในน่านน้ำไทยกำหนด เว้นแต่กรณีผู้ป่วย
ที่ยากไร้ถูกเรียกเก็บเงินค่าพาหนะเกินกว่าอัตรากฎหมายกำหนด ให้เบิกจ่ายค่าพาหนะได้เท่าที่จ่ายจริง
ใช้ระบบ GPS มาประกอบการคำนวณระยะทาง โดยให้อยู่ในดุลพินิจคณะกรรมการพิจารณาค่าใช้จ่าย
ในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี ทั้งนี้ ให้ความหมายรวมถึง
ยานพาหนะอื่นใดที่ให้บริการขนส่งบุคคลทั่วไปเป็นปกติโดยมีเส้นทางอัตราค่าโดยสารที่แน่นอน

หากผู้ป่วยที่ยากไร้ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ยากไร้มีความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ สามารถ
ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม สำนักงานองค์การบริหาร
ส่วนจังหวัดนนทบุรี (แห่งที่ ๒) เลขที่ ๑๔ ถนนประชากรราษฎร์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๒ ๕๒๗ ๘๐๐๓ โทรสาร ๐๒ ๕๒๗ ๘๐๐๕ ในวันเวลา
ทำการของทางราชการ

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔

พันตำรวจเอก

(ธงชัย เอ็นประเสริฐ)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี

ข้อ ๘ วิธีการจ่ายเงินสงเคราะห์

วิธีการจ่ายเงินสงเคราะห์เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) เข้ารับการ
รักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยที่ยากไร้ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรีจะโอนเงินผ่านบัญชีเงินฝากของ
ธนาคารกรุงไทย ประเภทออมทรัพย์ ในชื่อบัญชีของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ดังนี้

- (๑) บัญชีของผู้ป่วยที่ยากไร้
- (๒) บัญชีผู้ที่ได้รับมอบอำนาจตามกฎหมาย
- (๓) บัญชีผู้ดูแลที่ได้รับมอบอำนาจ
- (๔) บัญชีผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้ดูแล

ข้อ ๙ การพิจารณาให้การสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) เข้ารับการ
รักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยที่ยากไร้ของคณะกรรมการพิจารณาค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้
ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรีให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

การเดินทางโดยยานพาหนะโดยสารประจำทาง หรือการเดินทางโดยยานพาหนะ
โดยสารไม่ประจำทาง ให้เบิกค่าพาหนะเดินทางเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กฎหมายว่าด้วยการขนส่ง
ทางบกและเรือกลเดินประจำทางตามกฎหมายว่าด้วยการเดินเรือในน่านน้ำไทยกำหนด เว้นแต่กรณีผู้ป่วย
ที่ยากไร้ถูกเรียกเก็บเงินค่าพาหนะเกินกว่าอัตรากฎหมายกำหนด ให้เบิกจ่ายค่าพาหนะได้เท่าที่จ่ายจริง
ใช้ระบบ GPS มาประกอบการคำนวณระยะทาง โดยให้อยู่ในดุลพินิจคณะกรรมการพิจารณาค่าใช้จ่าย
ในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี ทั้งนี้ ให้ความหมายรวมถึง
ยานพาหนะอื่นใดที่ให้บริการขนส่งบุคคลทั่วไปเป็นปกติโดยมีเส้นทางอัตราค่าโดยสารที่แน่นอน

หากผู้ป่วยที่ยากไร้ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ยากไร้มีความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ สามารถ
ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม สำนักงานองค์การบริหาร
ส่วนจังหวัดนนทบุรี (แห่งที่ ๒) เลขที่ ๑๙ ถนนประชากรราษฎร์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๒ ๕๒๗ ๘๐๐๓ โทรสาร ๐๒ ๕๒๗ ๘๐๐๕ ในวันเวลา
ทำการของทางราชการ

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔

พันตำรวจเอก

(ธงชัย เอ็นประเสริฐ)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี



ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดน่านบุรี
เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดน่านบุรี
(ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๖๕

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ เป็นการให้ความช่วยเหลือประชาชนที่เจ็บป่วยซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ยากไร้เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ เป็นการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่ยากไร้ตามสมควรแก่กรณี นั้น

โดยเห็นสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดน่านบุรี เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดน่านบุรี ลงวันที่ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๔ เพื่อให้การอนุมัติการสงเคราะห์ช่วยเหลือประชาชนที่เจ็บป่วยซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดน่านบุรี เป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล อาศัยอำนาจตามมาตรา ๓๕/๕ (๔) แห่งพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๔๐ และ ข้อ ๙ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ ประกอบมติที่ประชุมคณะกรรมการพิจารณาค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดน่านบุรี ครั้งที่ ๒/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๕ จึงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดน่านบุรี เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ ดำเนินการตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ และหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ที่ มท ๐๘๐๘.๒/ว ๒๔๑๑ ลงวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๖๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการรับเงิน และการจ่ายเงินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านระบบ KTB Corporate Online ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดน่านบุรี เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดน่านบุรี (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๖๕”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกข้อความใน (๘) ของข้อ ๗ แห่งประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดน่านบุรี เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดน่านบุรี ลงวันที่ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๔ และให้ใช้ความดังต่อไปนี้แทน

“(๘) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์”

ข้อ ๕ ให้ยกเลิกความในวรรคสองของข้อ ๘ แห่งประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี ลงวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๔ และให้ใช้ความดังต่อไปนี้แทน

“วิธีการจ่ายเงินสงเคราะห์เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) เข้ารับการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยที่ยากไร้ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรีจะโอนเงินผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์ ในชื่อบัญชีของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ดังนี้”

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่๓๓...เดือน ...พฤษภาคม.....พ.ศ. ๒๕๖๕

พันตำรวจเอก

(ธงชัย เย็นประเสริฐ)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี

แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี
ในการขอรับค่าเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ

ชื่อผู้ป่วย นาย/นาง/น.ส./ด.ช./ด.ญ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดนนทบุรี หมายเลขโทรศัพท์.....

อาชีพ.....รายได้.....บาท/วัน/สัปดาห์/เดือน ป่วยด้วยโรค.....

.....สถานพยาบาลที่รักษา.....

ความถี่ในการรักษา.....ครั้ง/สัปดาห์/เดือน/ปี สิทธิการรักษา ☐ บัตรทอง ☐ บัตรคนพิการ ☐ ประกันสังคม

☐ ข้าราชการ..... ☐ อื่นๆ..... สิทธิสวัสดิการเคยได้รับจาก.....

☐ เป็นผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ ปัจจุบันอยู่ในเขตพื้นที่ เทศบาล/อบต.....

การเดินทางด้วยพาหนะ ☐ ส่วนตัว ☐ หน่วยงานของรัฐ/มูลนิธิ ☐ รถรับจ้าง..... ☐ อื่นๆ(ระบุ).....

ระยะทาง(ไป-กลับ) จากที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัดนนทบุรี ถึง สถานพยาบาล ตามรายการดังนี้

1.สถานพยาบาล.....ระยะทาง.....กิโลเมตร เป็นเงิน.....บาท

2.สถานพยาบาล.....ระยะทาง.....กิโลเมตร เป็นเงิน.....บาท

3.สถานพยาบาล.....ระยะทาง.....กิโลเมตร เป็นเงิน.....บาท

แผนที่ตั้งบ้านพักของผู้ป่วยที่ยากไร้ฯ พอสั่งเซป

บุคคลที่สามารถติดต่อได้/ผู้ดูแลผู้ป่วย ชื่อ-สกุล.....

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจสอบแล้วพบว่า ข้อมูลส่วนใดส่วนหนึ่งไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ระงับการช่วยเหลือและคืนเงินค่าพาหนะเดินทางที่ได้รับตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับความช่วยเหลือ (ผู้ป่วย/ผู้ดูแล)
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับเรื่อง
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับรองข้อมูล (เจ้าหน้าที่ เทศบาล/อบต.)
(.....)

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง.....



ขั้นตอนดำเนินการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.2560

ข้อมูล ณ เดือนตุลาคม 2567

1 ผู้ป่วยที่ยากไร้

คุณสมบัติ

1. มีสัญชาติไทย
2. มีภูมิลำเนาในเขตจังหวัดนนทบุรี
3. ได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลของรัฐ



2 การยื่นคำขอ 3 ช่องทาง

2.1 การยื่นคำขอที่ พมจ.นนทบุรี

- 1) ยื่นคำขอรับการสงเคราะห์พร้อมเอกสาร ณ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จ.นนทบุรี (พมจ.นนทบุรี)
- 2) พมจ.นนทบุรี ตรวจสอบข้อมูลคุณสมบัติ ข้อเท็จจริง และเอกสารของผู้ป่วยที่ยากไร้
- 3) พมจ.นนทบุรี พิจารณาให้การสงเคราะห์ ตามอำนาจหน้าที่ก่อน

2.2 การยื่นคำขอที่ เทศบาล หรือ อบต.

- 1) ยื่นคำขอรับการสงเคราะห์พร้อมเอกสาร ณ เทศบาล หรือ อบต. ที่ผู้ยื่นคำขอมีภูมิลำเนา
- 2) เทศบาล หรือ อบต. ตรวจสอบข้อมูล คุณสมบัติ และเอกสารของผู้ป่วยที่ยากไร้
- 3) ส่งคำขอรับการสงเคราะห์พร้อมเอกสาร ไปยัง อบจ.นนทบุรี หรือ ส่งไปยัง พมจ.นนทบุรี (เพื่อลดระยะเวลาและขั้นตอนการดำเนินงาน)

2.3 การยื่นคำขอที่ อบจ.นนทบุรี โดยยื่นคำขอรับการสงเคราะห์พร้อมเอกสาร ณ อบจ.นนทบุรี

3 การพิจารณาให้ความช่วยเหลือ

การพิจารณาให้ความช่วยเหลือตามลำดับขั้นตอน ได้แก่

- 1) เทศบาล/อบต./อบจ.นนทบุรี ส่งแบบคำขอรับการสงเคราะห์พร้อมเอกสารไปยัง พมจ.นนทบุรี เพื่อตรวจสอบข้อมูลข้อเท็จจริง และพิจารณาให้ความช่วยเหลือก่อน (กรณีข้อ 2.2 และ ข้อ 2.3)
- 2) พมจ.นนทบุรี ตรวจสอบข้อมูล คุณสมบัติและพิจารณาให้การสงเคราะห์แล้ว แต่ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย หรือไม่ได้รับการสงเคราะห์เนื่องจากถูกจำกัดด้วยงบประมาณ พมจ.นนทบุรี ส่งคำขอรับการสงเคราะห์พร้อมเอกสารต่างๆ มายังอบจ.นนทบุรี
- 3) อบจ.นนทบุรี จัดประชุมคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ ให้การช่วยเหลือต่อไป ตามระเบียบ หลักเกณฑ์ วิธีปฏิบัติ และตามความจำเป็น รวมถึงฐานะทางการเงิน



4 อัตราค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์

1. ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2560
2. หนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท 0808.2/ว 1234 ลงวันที่ 7 มีนาคม 2560
3. ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี พ.ศ.2564 แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2565



ขอรับแบบคำขอ ณ เทศบาล หรือ อบต. ที่ผู้ยื่นคำขอมีภูมิลำเนา

เอกสารประกอบแบบคำขอ มีดังนี้

1. แบบคำขอรับการสงเคราะห์ (แบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)
2. แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ของ อบจ.นนทบุรี ในการขอรับค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ ของผู้ป่วย (โดยมีผู้รับรองเป็นปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.) หรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย)
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย 1 ฉบับ
4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย 1 ฉบับ
5. บัตรประจำตัวผู้ป่วย 1 ฉบับ
6. ใบรับรองแพทย์ของผู้ป่วยหรือหนังสือส่งตัวไปรักษาสถานพยาบาลอื่น จำนวน 1 ฉบับ
7. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์ ของผู้ป่วย จำนวน 1 ฉบับ
8. แบบคำขอรับเงินผ่านธนาคาร (ฉบับจริง) จำนวน 1 ฉบับ
9. รูปถ่ายของผู้ป่วยกับสถานที่พักอาศัย จำนวน 1 ฉบับ
10. แผนที่ที่ตั้งบ้านของผู้ป่วยที่ยากไร้ พอสังเขป 1 ฉบับ
11. เอกสารอื่นๆ ที่จำเป็น เพื่อประกอบการพิจารณา

หมายเหตุ : ผู้ป่วยลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารสำเนาทุกฉบับ



➤ กรณีผู้ป่วยเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์ (พ.ร.บ.คุ้มครองเด็ก พ.ศ.2546) ให้เพิ่ม

1. กรณีเด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 7 ปี สำเนาสูติบัตร จำนวน 1 ฉบับ / กรณีเด็กอายุ 7 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป สำเนาบัตรประชาชน 1 ฉบับ
2. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครอง จำนวน 1 ฉบับ
3. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ปกครอง จำนวน 1 ฉบับ
4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์ ของผู้ปกครอง จำนวน 1 ฉบับ

หมายเหตุ : ผู้ปกครองลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารสำเนาทุกฉบับ

➤ กรณีผู้ป่วยเป็นคนพิการ ให้เพิ่ม

1. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ดูแลคนพิการ จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ จำนวน 1 ฉบับ
3. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์ ผู้ดูแลคนพิการ จำนวน 1 ฉบับ
4. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ป่วย จำนวน 1 ฉบับ

หมายเหตุ : ผู้ดูแลคนพิการลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารสำเนาทุกฉบับ

