

แบบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของผู้ให้บริการ

ชื่อหน่วยรับคำร้อง.....

วันที่ยื่นคำร้อง.....

๑. รายละเอียดของผู้ให้บริการ

๑.๑ ชื่อ - สกุล.....

๑.๒ ปฏิบัติในหน่วยบริการ (ระบุชื่อ).....

๑.๓ ตำแหน่ง.....

ลักษณะงานที่รับผิดชอบ (ระบุงานในหน้าที่ที่รับผิดชอบ).....

๑.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

โทรศัพท์.....

๒. รายละเอียดเกี่ยวกับความเสียหายจากการให้บริการ

๒.๑ ชื่อ-สกุล ผู้รับบริการที่ทำให้เกิดความเสียหาย

๒.๒ สิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพของผู้รับบริการ (มีสิทธิ์ตราชก戎) มี ไม่มี

๒.๓ วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น.....

๒.๔ เหตุที่และความเสียหายที่เกิดขึ้น (บรรยายถึงเหตุการณ์และความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับอย่างชัดเจน ถ้ามีbad spell ให้บอกลักษณะbad spell การรักษาที่ได้รับและระยะเวลาที่ต้องรักษาตัว).....

๓. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๓.๑ ชื่อ-สกุล.....

๓.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๓.๓ ความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ.....

๓.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

โทรศัพท์.....

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง (ทั้งของผู้ยื่นคำร้องและผู้รับบริการ)

๔.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวที่หน่วยบริการออกให้

๔.๒ สำเนาเวชระเบียนของผู้ให้บริการ และ/หรือใบรับรองแพทย์

๔.๓ ใบตรวจสุขภาพ/สิทธิ์ระบบหลักประกันสุขภาพของผู้รับบริการ พร้อมสำเนาเวชระเบียนของผู้รับบริการ
(ช่วงที่มารักษาและทำให้ผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย)

ลงชื่อ..... ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

๖. หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามีการมอบอำนาจ)

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล).....

ซึ่งเป็น (ผู้รับบริการ ทายาท) ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการ ขอมอบอำนาจให้ (ระบุชื่อผู้รับมอบอำนาจ)..... เป็นตัวแทนโดยชอบด้วยกฎหมาย
แทนข้าพเจ้า เพื่อดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการ
ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้
และอนดั้งข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)