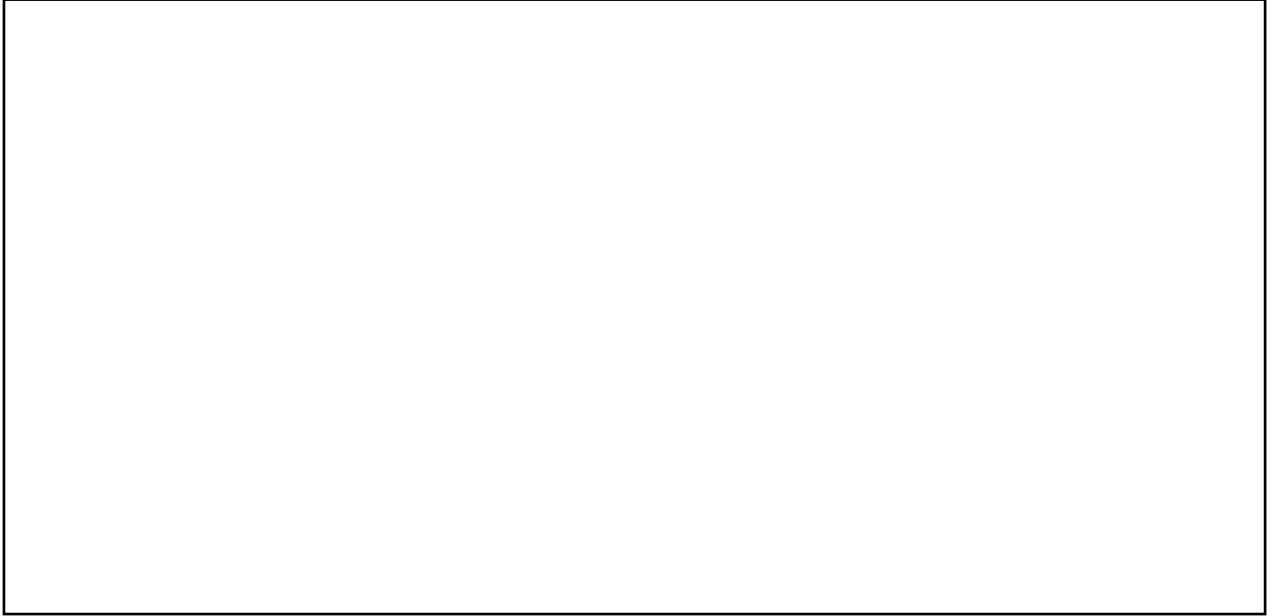


แผนที่ตั้งบ้านข้าพเจ้าภายในหมู่บ้าน พอสังเขป



ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจสอบแล้วพบว่าข้อมูลส่วนใดส่วนหนึ่งไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ระงับการช่วยเหลือ และคืนเงินค่าพาหนะเดินทางที่ได้รับตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินค่าพาหนะ พร้อมรับรองความถูกต้องของสำเนา มาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

- แบบบันทึกผู้ประสบปัญหาทางสังคม (แบบพมจ.)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาบัตรประจำตัวผู้ป่วย
- สำเนาใบนัดของสถานพยาบาล
- สำเนาหนังสือส่งตัวไปรักษาสถานพยาบาลอื่น (ถ้ามี)
- สำเนาบัญชีธนาคาร (กรณีให้โอนเงินเข้าบัญชี)
- ใบรับรองแพทย์ (กรณีรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง)
- สำเนาหลักฐานการได้รับความช่วยเหลือ/หรือไม่ได้รับความช่วยเหลือจาก พมจ.
- สำเนาเอกสารอื่น ๆ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรองข้อมูล

(.....)

ตำแหน่ง.....(จนท./ผอ.รพ.สต.)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรองข้อมูล

(.....)

ตำแหน่ง.....(ผอ.กอง/ปลัด อปท.)

วันที่.....

หมายเหตุ

๑. หากผู้ป่วยที่ยากไร้ไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ สามารถประทับลายนิ้วมือได้

๒. Down load แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ฯ ได้ที่ web site ของ อบจ.กาฬสินธุ์

<http://www.kalasin-pao.go.th> หัวข้อ ดาวน์โหลดเอกสารและแบบฟอร์ม หรือ banner “ผู้ป่วยที่ยากไร้ อบจ.กส.”

๓. ให้ อปท. จัดทำหนังสือส่งเอกสารข้างต้นไปยัง อบจ.กาฬสินธุ์ กองส่งเสริมคุณภาพชีวิต สอบถามเพิ่มเติม