



**ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลหนองบัวบาน**  
**เรื่อง หลักเกณฑ์การขอรับความช่วยเหลือการจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ**  
**เพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙**  
**องค์การบริหารส่วนตำบลหนองบัวบาน อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ**

\*\*\*\*\*

ด้วยองค์การบริหารส่วนตำบลหนองบัวบาน ได้รับเงินอุดหนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลหนองบัวบาน จำนวนเงิน ๓๐,๐๐๐ บาท (สามหมื่นบาทถ้วน) เพื่อดำเนินโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพเพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙ ให้คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการไปรับบริการสาธารณสุข ด้วยตนเอง อันเนื่องมาจากข้อจำกัดทางกาย เพื่อให้บุคคลสามารถเข้ารับบริการสาธารณสุข นั้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๐ (๘) แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๗ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองบัวบาน จึงประกาศหลักเกณฑ์การช่วยเหลือตามโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพเพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙ ดังต่อไปนี้

**๑. คุณสมบัติของผู้ขอรับบริการ**

(๑) คนพิการ ได้แก่ บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน การดำรงชีวิต การชีวิต หรือการทํากิจวัตรทางสังคม เนื่องจากมีความพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นๆ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความร่วมเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วม ร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

(๒) ผู้สูงอายุ ได้แก่ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่มีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือโดยไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน หรือมีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ที่ต้องการดูแลอย่างต่อเนื่อง หรือมีภาวะทุพพลภาพทางร่างกายหรือจิตใจและขาดผู้ดูแลหรือญาติพี่น้องที่สามารถให้การช่วยเหลือได้

(๓) ผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการไปรับบริการสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง ได้แก่ บุคคลที่มีข้อจำกัดจำกัดทางร่างกาย มีปัญหาด้านสุขภาพจิต มีโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่ออาการเคลื่อนไหวหรือการเดินทาง หรือบุคคลที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลหรือทุรกันดาร หรือเข้าถึงระบบขนส่งสาธารณะได้ยาก บุคคลที่มีฐานะยากจนไม่สามารถจ่ายค่าเดินทางไปสถานพยาบาลได้ ขาดผู้ดูแลหรือญาติที่สามารถพาไปรับบริการทางการแพทย์มีอุปสรรคในการสื่อสารที่ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ด้วยตนเอง หรือบุคคลที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษระหว่างการเดินทาง หรือมีความกลัวหรือความวิตกกังวลอย่างรุนแรงเกี่ยวกับการออกนอกบ้านหรือการเข้ารับบริการทางการแพทย์

(๔) มีสัญชาติไทย

(๕) มีทะเบียนบ้านอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลหนองบัวบาน หรือได้รับรองจากผู้นำชุมชน กรณีอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลหนองบัวบาน

## ๒. หลักฐานและเอกสารประกอบการยื่นขอบริการ

(๑) แบบคำร้องขอรับการบริการยานพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล

(๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

(๓) สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ (ถ้ามี)

(๔) สำเนาทะเบียนบ้าน

(๕) สำเนาใบนัดของสถานพยาบาลของหน่วยงานรัฐและภาคเอกชน หรือเครือข่ายซึ่งผ่านการรับรองมาตรฐานจากหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการรับรองมาตรฐาน (ถ้ามี)

(๖) เอกสารรถที่ให้บริการ (สำเนาใบขับขี่ สำเนาสมุดจดทะเบียนรถ)

(๗) เอกสารอื่น ที่ส่วนราชการร้องขอ

## ๓. อัตราค่าใช้จ่ายในการบริการยานพาหนะ

ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพของหน่วยงานรัฐและภาคเอกชน หรือเครือข่ายซึ่งผ่านการรับรองมาตรฐานจากหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการรับรองมาตรฐาน

(๑) อัตราจ่ายรายครั้งบริการ ไป ในอัตรา ๒๕๐ บาทต่อเที่ยว ในเขตพื้นที่อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

(๒) อัตราจ่ายรายครั้งบริการ กลับ ในอัตรา ๒๕๐ บาทต่อเที่ยว ในเขตพื้นที่อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

(๓) อัตราจ่ายรายครั้งบริการ ไปและกลับ ในอัตรา ๕๐๐ บาทต่อเที่ยว ในเขตพื้นที่อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

(๔) อัตราจ่ายเหมาบริการรายวัน ในอัตรา ๑,๐๐๐ บาทต่อคันต่อวัน นอกเขตพื้นที่อำเภอจัตุรัส ต่างอำเภอในเขตพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ

(๕) อัตราจ่ายเหมาบริการรายวัน ในอัตรา ๒,๐๐๐ บาทต่อคันต่อวัน นอกเขตพื้นที่ต่างจังหวัดชัยภูมิ

ทั้งนี้ ประชาชนสามารถยื่นความประสงค์ลงทะเบียน แจ้งความประสงค์ขอรับการจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพสำหรับการเดินทางเข้ารับบริการสาธารณสุข ได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป ถึงวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๙ ณ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลหนองบัวบาน หรือสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๔๔ ๐๕๖ ๐๐๖ ในวันและเวลาราชการ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๙

(นายนิรวัช ครองบัวบาน)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองบัวบาน

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือผู้ทุพพลภาพเข้ารับบริการสาธารณสุข  
องค์การบริหารส่วนตำบลหนองบัวบาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

คำขอเลขที่...../.....  
(เจ้าหน้าที่กรอก)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยที่ขอรับความช่วยเหลือผู้ทุพพลภาพเข้ารับบริการสาธารณสุข

1.ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....

2.เลขประจำตัวประชาชน

3.วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี หมายเลขโทรศัพท์.....

4.ที่อยู่ปัจจุบัน  บ้านตนเอง  บ้านเช่า  อาศัยอยู่กับญาติ  ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง  
 อื่นๆระบุ.....  
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....  
จังหวัด.....

5.สถานภาพ  โสด  สมรสอยู่ด้วยกัน  สมรสอยู่แยกกัน  หย่าร้าง  หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

ส่วนที่ 2 ปัญหาความเดือดร้อนของผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับความเดือดร้อน หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำรงชีพ ดังนี้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. เป็นผู้ป่วยติดเตียง
- 2. เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
- 3. เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล
- 4. เป็นผู้ป่วยยากไร้
- 5. เป็นผู้ป่วยไร้ที่พึ่ง
- 6. เป็นผู้ป่วยพิการประเภท
  - 6.1 ความพิการทางการมองเห็น
  - 6.2 ความพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย
  - 6.3 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
  - 6.4 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
  - 6.5 ความพิการทางสติปัญญา

ส่วนที่ 3 รายละเอียดการขอใช้บริการ

ต้องการใช้บริการในวันที่: .....เดือน.....พ.ศ.....

เวลาเดินทาง:  เช้า  บ่าย  เย็น (ระบุเวลา:.....)

สถานที่รับ:.....

สถานที่ส่ง:.....

ส่วนที่ 4 ผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย (ถ้าผู้ป่วยยื่นคำขอเองไม่ต้องกรอก)

1.ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....

2.เลขประจำตัวประชาชน

3.วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี หมายเลขโทรศัพท์.....

4.ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....  
จังหวัด.....

ส่วนที่ 4 ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาประกอบคำขอ ดังนี้

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ผู้ป่วย จำนวน 1 ฉบับ                  |
| <input type="checkbox"/> | 2. สำเนาทะเบียนบ้านผู้ป่วย จำนวน 1 ฉบับ                           |
| <input type="checkbox"/> | 3. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ป่วย จำนวน 1 ฉบับ (ถ้ามี)        |
| <input type="checkbox"/> | 4. เอกสารยืนยันเข้ารับการรักษา (บัตรนัดผู้ป่วย)                   |
| <input type="checkbox"/> | 5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย (กรณียื่นแทน) |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นที่ให้ถูกต้องตามความจริงทุกประการ และยินยอมปฏิบัติตามระเบียบการใช้บริการรถรับ-ส่งผู้ทุพพลภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองบัวบาน จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ  
(.....)

.....  
วันที่.....

.....  
วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติคำขอ

(นายนิรวัช ครองบัวบาน)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองบัวบาน

วันที่.....

แบบขึ้นทะเบียนบริการพาหนะรับส่งตามโครงการสนับสนุนและส่งเสริม  
การจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพเพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2569

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองบัวบาน อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดชัยภูมิ

กรอกข้อมูลส่วนตัว

1.ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....

2.เลขประจำตัวประชาชน

3.วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี หมายเลขโทรศัพท์.....

4.ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....  
จังหวัด.....

ประเภทพาหนะรับส่ง

รถจักรยานยนต์  รถยนต์ส่วนบุคคล  อื่นๆ ระบุ.....

ข้อมูลทะเบียนเกี่ยวกับรถ

ใบขับขี่.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....  
รุ่น/ยี่ห้อ.....หมายเลขทะเบียนรถ.....

เอกสารสำคัญที่ต้องใช้แนบ

1. สำเนาใบขับขี่ จำนวน 1 ฉบับ  
 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ  
 3. สำเนาทะเบียนรถ จำนวน 1 ฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน      ลงชื่อ.....ผู้รับลงทะเบียน  
(.....)      (.....)

วันที่.....      วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติคำขอ  
(นายนิรวัช ครองบัวบาน)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองบัวบาน  
วันที่.....