

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังชิ้น
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ตามประกาศสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังชิ้น
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ.๒๕๖๒
สำหรับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังชิ้น

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังชิ้น

ชื่อหน่วยงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่

วัน/เดือน/ปี ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๒

หัวข้อ คู่มือการปฏิบัติงาน คู่มือการให้บริการประชาชน

รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)

คู่มือการปฏิบัติงาน คู่มือการให้บริการประชาชนการให้บริการการออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล อสม.อำเภอวังชิ้น

Link ภายนอก -

หมายเหตุ :

.....
.....
.....
.....

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล



(นางกรรณิกา ยศอาลัย)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๒

ผู้อนุมัติรับรอง



(นายสมเดช บุญส่ง)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส

วันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๒

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่



(นางสุภาวรรณ คำขาว)

ตำแหน่ง พนักงานธุรการ

วันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๒



สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังชิ้น
Wangchin District Public Health Office

คู่มือการปฏิบัติงาน/คู่มือการให้บริการประชาชน

(Work Manual)

คู่มือสำหรับประชาชน : การให้บริการการออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการ
รักษาพยาบาล เสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม)อำเภอวังชิ้น

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่

คู่มือสำหรับประชาชน : การให้บริการการออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการ

รักษาพยาบาลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม)อำเภอวังชิ้น

๑.ผู้รับบริการหลัก/ช่องทางการให้บริการประชาชน

ผู้รับบริการหลัก : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม)อำเภอวังชิ้น /ญาติสายตรง (อสม) อำเภอวังชิ้น

๒.หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

๑.สิทธิสวัสดิการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ)โดยให้หน่วยบริการยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษให้กับ อสม.ทุกคนโดยเป็นสิทธิเฉพาะตัว

๒.สิทธิสวัสดิการช่วยเหลือในการพยาบาล (ค่าห้องพิเศษและอาหาร พิเศษ)โดยหน่วยบริการยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษให้กับบุคคลในครอบครัว อสม.ซึ่งปฏิบัติหน้าที่เป็น อสม.ตั้งแต่ ๑๐ ปี ขึ้นไป หรือเป็น อสม.ดีเด่นระดับจังหวัดขึ้นไป

๓.กรณี อสม.ซึ่งปฏิบัติหน้าที่เป็น อสม.ไม่ถึง๑๐ปีสิทธิสวัสดิการช่วยเหลือในการพยาบาล (ค่าห้องพิเศษและอาหาร พิเศษ) โดยหน่วยบริการยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษให้ ๕๐%ให้กับ อสม.ทุกคนโดยเป็นสิทธิเฉพาะตัว

๓.สถานภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต้องไม่สิ้นสุด

๔.ยื่นคำขออนุญาตหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล คำขออนุญาตต้องออกโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่ ที่อสม.ปฏิบัติงาน

๓.ช่องทางการให้บริการ

| | |
|--|--|
| <p>สถานที่ให้บริการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังชิ้น อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ เลขที่ ๑๒๗ หมู่ ๗ ตำบลวังชิ้น อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ ติดต่อด้านตนเอง ณ หน่วยงาน โทรศัพท์ ๐๕๔ - ๕๘๙๑๐๓ โทรสาร ๐๕๔ -๕๘๘๒๒๙</p> | <p>ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่ เวลา๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น.</p> |
|--|--|

๔. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : ๑๕ นาที

| ลำดับ | ขั้นตอน | ระยะเวลา | ส่วนที่รับผิดชอบ |
|-------|---|----------|-----------------------------------|
| ๑) | การตรวจสอบเอกสาร เจ้าหน้าที่จัดทำหนังสือรับรองตรวจสอบเอกสารและข้อมูล สถานภาพของผู้ขอหนังสือรับรอง | ๕ นาที | สำนักงานสาธารณสุข อำเภอวังชิ้น |
| ๒) | จัดทำหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการ รักษาพยาบาล เจ้าหน้าที่พิจารณาเอกสารประกอบคำขอหนังสือรับรองการ มีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล | ๕ นาที | สำนักงานสาธารณสุข อำเภอวังชิ้น |
| ๓) | การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เสนอหัวหน้าส่วนราชการ/เจ้าหน้าที่ ลงนามในหนังสือรับรองฯ | ๕ นาที | สำนักงานสาธารณสุข อำเภอวังชิ้น |

๕. รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

| ลำดับ | ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี) | หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร |
|-------|--|---|
| ๑) | -บัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ |
| ๒) | -บัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาทะเบียนบ้าน (หมายเหตุ): ๑.กรณีไม่ได้แสดงบัตรประจำตัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ๒.กรณีญาติสายตรงยื่นคำขอรับรองสิทธิต้องแนบเอกสารบัตร ประจำตัวประชาชนทุกครั้ง | กรมการปกครอง |
| ๓) | - ทะเบียนสมรส (หมายเหตุ:กรณียื่นคำขอสติของคู่สมรส) | กรมการปกครอง |
| ๔) | - ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ (ถ้ามี) | กรมการปกครอง |
| ๕) | หนังสือรับรองหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการ รักษาพยาบาล | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน เขตพื้นที่บริการ |

๖. ค่าธรรมเนียม

| ลำดับ | รายละเอียดค่าธรรมเนียม | ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ) |
|-------------------|------------------------|-----------------------------|
| ไม่มีค่าธรรมเนียม | | |

๗. ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

| ลำดับ | ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ |
|-------|--|
| ๑) | ติดต่อด้วยตนเอง ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังชิ้นที่ยื่นคำขอ (หมายเหตุ: -) |
| ๒) | ติดต่อด้วยตนเอง/ฝ่ายบริหารงานทั่วไปสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังชิ้น เลขที่ ๑๒๗ หมู่ ๗ ถนนเทศบาล ๑ ตำบลวังชิ้น อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ ๕๔๑๖๐ โทรศัพท์ ๐๕๔ - ๕๘๙๑๐๓ (หมายเหตุ: -) |

๘. แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

| ลำดับ | ชื่อแบบฟอร์ม |
|-------|--|
| ๑) | คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล |

หมายเหตุ

แบบคำขอนั่งสิทธิ์รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

๑. ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....
ซอย/ตรอก..... หมู่ที่..... ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์.....
เลขที่ประจำตัวประชาชน - - - -

มีความประสงค์ขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า โดยข้าพเจ้ามี
สิทธิในกรณี ปีที่งานหน้าที่ อสม. มาแล้วตั้งแต่ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.
 เป็น อสม. ดีเด่น ระดับปี พ.ศ.
และข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ชื่อ.....อำเภอ.....จังหวัด.....ตั้งแต่
วันที่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบ
กระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๐

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่

๒. เสนอ

ขอรับรองว่า อสม. ผู้นี้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวง
สาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๐ สมควรออกหนังสือรับรองได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ : เสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้ที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมอบหมาย

ที่



ส่วนราชการเจ้าของหนังสือ

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการ.....

ด้วย.....อายุ.....เลขที่ประจำตัวประชาชน

.....อยู่บ้านเลขที่ ซอย/ตรอก..... หมู่

ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... แจ้งว่าได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยในและ

ขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิ ได้รับการช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๐ กรณี (ปฏิบัติหน้าที่ อสม. มาตั้งแต่สิบปีขึ้นไป หรือ ได้รับการคัดเลือกให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับ.....ปี.....) จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

.....

ส่วนราชการ

โทร.....

โทรสาร.....

ภาพถ่ายประกอบ

