คู่มือ

กระบวนการขอรับเอกสารหนังสือรับรอง การมีสิทธิรับการช่วยเหลือใน การรักษาพยาบาล ของบุคคลในครอบครัวของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์

จังหวัดจันทบุรี

กระบวนการขอรับเอกสารหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล
ของบุคคลในครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี

.....

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2562 ให้สิทธิกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมถึงบุคคลในครอบครัว โดยให้หน่วยบริการช่วยเหลือเฉพาะค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษโดยเรียกเก็บเพียงร้อยละ 50 ของอัตราที่กำหนดไว้

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์ถือได้ว่าเป็นหน่วยบริการระดับอำเภอที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวนมากอยู่ภายใต้การกำกับดูแลการให้บริการเพื่อให้เกิดความสะดวกสูงสุด ยามเจ็บป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือบุคคลในครอบครัว ย่อมเป็นงานบริการหลักที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์ ให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง จึงได้จัดทำคู่มือการขอรับหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของบุคคลในครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขึ้น เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายใต้การกำกับดูแล ให้เป็นไปด้วยความเป็นระเบียบเรียบร้อย

ขั้นตอนการขอรับหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของบุคคลในครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนด สามารถขอรับหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลโดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้ที่ประสงค์จะขอรับเอกสารหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล กรณีบุคคลในครอบครัวของ อสม. ยื่นเอกสารคำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลและบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขฯ (ฉบับจริง) ณ สถานพยาบาลที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้น มีชื่ออยู่ในเขตพื้นที่นั้น โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกรอกรายละเอียดในส่วนที่ 1 ให้เรียบร้อยก่อนยื่นแก่สถานพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 สถานบริการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของเอกสารคำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล กรณีบุคคลในครอบครัวของ อสม. เมื่อพบว่าเอกสารมีความถูกต้อง ให้หัวหน้าสถานพยาบาลแห่งนั้นกรอกรายละเอียดในส่วนที่ 2 และลงลายมือชื่อเป็นผู้รับรองว่าบุคคลในครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2562

ขั้นตอนที่ 3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยื่นเอกสารคำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล กรณีบุคคลในครอบครัวของ อสม. ณ สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองจากสถานพยาบาลในเขตที่ตนอาศัยอยู่นั้นแก่ผู้รับผิดชอบงานสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์ เพื่อตรวจสอบเอกสารและออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือใน การรักษาพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 ผู้รับผิดชอบงานสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์ ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารคำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล กรณีบุคคลในครอบครัวของ อสม. เมื่อพบว่าถูกต้องครบถ้วนแล้ว ให้ออกหนังสือแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หากพบว่าเอกสารไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน ให้ส่งคืนเอกสารกลับไปแก้ไขแล้วนำมายื่นใหม่ อีกครั้ง

ขั้นตอนที่ 5 กรณีเอกสารยื่นคำขอฯ มีความถูกต้อง ครบถ้วน ให้ผู้รับผิดชอบงานสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์ ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลให้กับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และให้สาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์เป็นผู้ลงนาม

****หมายเหตุ** หนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาล มีอายุใช้งาน 1 เดือนนับจากวันออกหนังสือ

กระบวนการขอรับหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล ของบุคคลในครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี

ลำดับ	กระบวนการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1	อสม.ยื่นเอกสารคำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล ของบุคคลในครอบครัวของ อสม. ณ สถานบริการ ↓ สถานบริการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของเอกสาร และบัตรประจำตัว อสม. → ไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน ↓ ถูกต้องและครบถ้วน	5 นาที 10 นาที	อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต.
2	หัวหน้าสถานพยาบาลรับรองเอกสาร	5 นาที	ผอ.รพ.สต.
3	ผู้รับผิดชอบงานสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ของ สสอ.แหลมสิงห์ ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของเอกสาร → ไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน ↓ ถูกต้องและครบถ้วน	10 นาที	ผู้รับผิดชอบงานสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนของ สสอ.แหลมสิงห์
4	ผู้รับผิดชอบงานสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ของ สสอ.แหลมสิงห์ ออกใบรับรองสิทธิ	10 นาที	ผู้รับผิดชอบงานสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนของ สสอ.แหลมสิงห์
5	สาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์ ลงนามรับรองเอกสารสิทธิการรักษาพยาบาล	5 นาที	สสอ. แหลมสิงห์

คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล
กรณีบุคคลในครอบครัวของ อสม.

---

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

☐ คู่สมรส ชื่อ ..... เลขประจำตัวประชาชน .....
☐ บิดา ชื่อ ..... เลขประจำตัวประชาชน .....
☐ มารดา ชื่อ ..... เลขประจำตัวประชาชน .....
☐ บุตร ชื่อ ..... เลขประจำตัวประชาชน .....
เกิดเมื่อ .....
☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ และได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ชื่อ ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....
ตั้งแต่วันที่ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ..... เป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๘) พ.ศ.๒๕๖๒

(ลงชื่อ) .....
(.....)
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่

๒. เสนอ .....
ขอรับรองว่า ..... เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. ชื่อ (อสม.) .....
..... จึงมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๘) พ.ศ.๒๕๖๒ สมควรออกหนังสือรับรองได้

(ลงชื่อ) .....
(.....)
ตำแหน่ง .....
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....



ที่ จบ ๐๓๓๓ /

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์
๑๐๑/๑ หมู่ที่ ๑ ตำบลปากน้ำแหลมสิงห์
อำเภอแหลมสิงห์ จบ ๒๒๑๓๐

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วย (นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม.ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)..... ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยในและขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว)..... เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. และผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

(.....)
ตำแหน่ง .....

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์
โทร./โทรสาร ๐ ๓๙๔๙ ๙๓๒๑