



ประกาศเทศบาลตำบลหัวไทร

เรื่อง การยื่นลงทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต การขอใช้รถยนต์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (รถยนต์กู้ชีพ , กู้ภัย)

.....

ด้วยเทศบาลตำบลหัวไทร มีรถยนต์ส่วนกลางที่จดทะเบียนในลักษณะรถพยาบาล มีเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับการปฐมพยาบาลช่วยเหลือชีวิตในเบื้องต้นภายในรถ จำนวน ๑ คัน ใช้เป็นพาหนะบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยปัจจุบันหน่วยงานเทศบาลไม่ได้เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) แล้วแต่ยังคงใช้เป็นพาหนะในการช่วยเหลือและบริการประชาชนจากอาการเจ็บป่วย (ไม่สาหัส) เคลื่อนย้ายนำส่งสถานพยาบาล หรือเพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้าช่วยเหลือหากเกิดอุบัติเหตุฉุกเฉินในพื้นที่ที่หน่วยงานจัดกิจกรรมต่างๆ

ดังนั้น เพื่อให้การออกปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในการนำรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (รถยนต์กู้ชีพ , กู้ภัย) เทศบาลตำบลหัวไทร ออกช่วยเหลือให้บริการประชาชนได้อย่างรวดเร็ว คล่องตัว มีกลุ่มเป้าหมายการให้บริการที่ชัดเจน ไม่ขัดต่อข้อระเบียบ กฎหมาย และเป็นไปตามอำนาจหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเหมาะสมกับลักษณะของรถและสถานการณ์ปัจจุบัน จึงอาศัยอำนาจตามระเบียบ กฎหมาย ดังนี้

๑) พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๒ หมวด ๒ การกำหนดอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะ มาตรา ๑๖ (๑๐) การสังคมสงเคราะห์และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส

๒) ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๖ หมวด ๘ หลักเกณฑ์การช่วยเหลือ ข้อ ๑๙(๒) การช่วยเหลือด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณาใช้จ่ายงบประมาณช่วยเหลือประชาชนตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด หรือตามหลักเกณฑ์ของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยอนุโลม

๓) ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการใช้และรักษารถยนต์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๖๓ จึงประกาศการยื่นลงทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต กรณีที่มีการขอใช้รถยนต์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (รถยนต์กู้ชีพ , กู้ภัย) รายละเอียด ดังต่อไปนี้

มาตรการการช่วยเหลือ

๑) กรณีเกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ขอใช้บริการสามารถโทรแจ้งเหตุได้ที่ ๐-๗๕๓๘๘-๙๒๙๙ ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

๒) เป็นผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ หรือผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง (เป็นการรับ - ส่ง ปกติ/ไม่ฉุกเฉิน) ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนตามหลักเกณฑ์ ให้แสดงใบนัดแพทย์ประกอบการขอใช้บริการ แต่ในกรณีที่มีเหตุฉุกเฉินก่อนถึงเวลานัดสามารถโทรแจ้งได้ที่หมายเลข ๐-๗๕๓๘๘-๙๒๙๙ ทันที

๓) ผู้ขอใช้บริการในกรณีอื่นๆ ต้องยื่นใบคำร้องขอใช้บริการรถบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (รถยนต์กู้ชีพ , กู้ภัย) พร้อมระบุเหตุผลความจำเป็นที่งานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เพื่อเสนอให้นายกเทศมนตรีตำบลหัวไทร หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายพิจารณาอนุญาต

คุณสมบัติ เงื่อนไข และหลักเกณฑ์ในการพิจารณาของผู้ยื่นลงทะเบียนเพื่อขอความช่วยเหลือ

๑) ผู้ขอใช้บริการต้องมีทะเบียนบ้าน ภูมิลำเนา ที่ทำงานหรือที่พำนักประจำในเขตพื้นที่ หรือประสบเหตุในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลหัวไทร

๒) เป็นบุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมินจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันด่วนที่ เพื่อป้องกันการเสียชีวิต ทุพพลภาพ หรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรือการป่วยนั้น

๓) ประชาชนที่ประสงค์ขอรับความช่วยเหลือที่ยื่นลงทะเบียน และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการช่วยเหลือประชาชนของเทศบาลตำบลหัวไทร และผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ หรือผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงตามบัญชีรายชื่อที่สำรวจโดยหน่วยงานภาครัฐ

๔) ในหนึ่งครอบครัว มีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือด้านค่าน้ำมัน ครอบครัวละไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท ต่อหนึ่งปีงบประมาณ โดยคิดตามระยะทางการเดินทาง (กิโลเมตรละ ๔ บาท) หากเกินจากที่กำหนด ผู้ขอรับความช่วยเหลือต้องออกค่าใช้จ่ายด้วยตนเอง

วิธีการยื่นคำขอรับความช่วยเหลือกรณีที่ต้องการขอใช้รถยนต์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (รถยนต์กู้ชีพ,กู้ภัย)

สามารถกรอกรายละเอียดการลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือ ตามแบบฟอร์มที่กำหนด (แนบท้ายประกาศฉบับนี้) พร้อมแนบหลักฐานสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านที่รับรองสำเนาถูกต้อง อย่างละ ๑ ฉบับ ได้ที่สำนักงานเทศบาลตำบลหัวไทร และศูนย์ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยเทศบาลตำบลหัวไทร ตั้งแต่ ระหว่างวันที่ ๑ พฤศจิกายน - ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ (ในวันและเวลาราชการ) เพื่อเสนอให้คณะกรรมการช่วยเหลือประชาชนพิจารณาต่อไป

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗



(นายเรวัตร์ ด่านตันติสุขกุล)

นายกเทศมนตรีตำบลหัวไทร

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน

(กรณีร้องขอด้วยตนเอง)

เทศบาลตำบลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่..... ซอย..... ถนนตำบล.....
อำเภอ จังหวัด โทรศัพท์

หมายเลขประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)..... สกุล.....
เบอร์ติดต่อ..... มีความประสงค์ขอให้ (หน่วยงาน)ดำเนินการช่วยเหลือ
ดังนี้

๑. ประเภทการช่วยเหลือ

- ☐ ๑.๑ ด้านสาธารณสุข (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)
- ☐ ๑.๒ ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)
- ☐ ๑.๓ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)
- ☐ ๑.๔ ด้านอื่น ๆ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)

๒. ข้าพเจ้าจึงขอความช่วยเหลือ (ระบุความต้องการ/สิ่งที่ขอความช่วยเหลือ)

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

๓. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาแล้ว จำนวน.....ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ)เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

(.....)

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน

(กรณีร้องขอด้วยผู้แทน)

เทศบาลตำบลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน ตำบล.....

อำเภอ จังหวัด โทรศัพท์.....

หมายเลขประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□□□

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)..... สกุล.....

เบอร์ติดต่อ..... มีความประสงค์ขอให้ (หน่วยงาน).....

ดำเนินการช่วยเหลือ (ชื่อผู้รับการช่วยเหลือ)..... ดังนี้

๑. ประเภทการช่วยเหลือ

☐ ๑.๑ ด้านสาธารณสุข (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)

☐ ๑.๒ ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)

☐ ๑.๓ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)

☐ ๑.๔ ด้านอื่น ๆ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)

๒. ข้าพเจ้าจึงขอความช่วยเหลือ (ระบุความต้องการ/สิ่งที่ขอความช่วยเหลือ)

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

๓. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาแล้ว จำนวน.....ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ)เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

(.....)

กรณีขอใช้บริการ รถบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (รถยนต์กู้ชีพ,กู้ภัย)

