

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับความช่วยเหลือสาธารณสุข

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : องค์การบริหารส่วนตำบลท่านอก อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา

กระทรวง : กระทรวงมหาดไทย

๑. ชื่อกระบวนการ : การขอรับความช่วยเหลือสาธารณสุข

๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ : องค์การบริหารส่วนตำบลม่วงลายอำเภอเมืองสกลนครจังหวัดสกลนคร

๓. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

๔. หมวดหมู่ของงานบริการ : อนุมัติ

๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง :

๑) พ.ร.บ. ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. ๒๕๕๐

๖. ระดับผลกระทบ : บริการทั่วไป

๗. พื้นที่ให้บริการ : ท้องถิ่น

๘. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา พรบ.ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ.๒๕๕๐

ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ ๔๐ นาที

๙. ข้อมูลสถิติ

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๐

จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๐

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๐

๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน การขอรับความช่วยเหลือสาธารณสุข

๑๑. ช่องทางการให้บริการ

๑) สถานที่ให้บริการสำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่านอก/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา
๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

หมายเหตุ (หมู่ที่ ๔ ตำบลท่านอก อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา ๓๐๒๑๐ โทร. ๐๔๔- ๙๓๘๘๒๐

๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

-ไม่มีข้อมูลหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

๑๓. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑	การตรวจสอบเอกสาร	ประชาชนแจ้ง/ยื่นคำร้อง สำนักปลัด	๕ นาที	อบต.ท่านอก อ.ด่านขุนทด จ.นครราชสีมา	
๒	การพิจารณา	ปลัด อบต. ลงความเห็น	๑๐ นาที	อบต.ท่านอก อ.ด่านขุนทด จ.นครราชสีมา	
๓.	การพิจารณา	นายกอบต. อนุมัติพร้อมกับแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อทราบ/บรรเทาภัยเบื้องต้น	๑๐ นาที	อบต.ท่านอก อ.ด่านขุนทด จ.นครราชสีมา	

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๔.	การพิจารณา	สำรวจตรวจสอบความเสียหาย	๒ ชั่วโมง	อบต.ด่านนอก อ.ด่านขุนทด จ.นครราชสีมา	
๕.	การพิจารณา	สรุปรายงานเสนอปลัด/นายก	๒๐ นาที	อบต.ด่านนอก อ.ด่านขุนทด จ.นครราชสีมา	
๖.	การลงนาม/ คณะกรรมการมีมติ	อนุมัติเงินช่วยเหลือ	๑๐ นาที	อบต.ด่านนอก อ.ด่านขุนทด จ.นครราชสีมา	

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๓ ชั่วโมง

๑๔. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

- ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

๑๕. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑๕.๑) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๑	บัตรประจำตัวประชาชน	อำเภอด่านขุนทด	๑	๑	ฉบับ	-
๒	สำเนาทะเบียนบ้าน	อำเภอด่านขุนทด	๑	๑	ฉบับ	-

๑๕.๒) เอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๑	เอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง	อำเภอด่านขุนทด	๑	๑	ฉบับ	(แล้วแต่กรณี)

๑๖. ค่าธรรมเนียม

๑.) ไม่มีค่าธรรมเนียม

ค่าธรรมเนียม ๐ บาท

หมายเหตุ -

๑๗. ช่องทางการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลด่านนอก โทร. ๐๔๔-๙๓๘๘๒๐	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ในเวลา ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. (ยกเว้นวันหยุดที่ราชการกำหนด)

๑๘. ช่องทางการร้องเรียน

- ๑) ช่องทางการร้องเรียน องค์การบริหารส่วนตำบลดำนนอก อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์ ๐๔๔-๙๓๘๘๒๐ เว็บไซต์ www.dannok.go.th หรือ ศูนย์ดำรงธรรมอำเภอด่านขุนทด และศูนย์ดำรงธรรมจังหวัดนครราชสีมา
- ๒) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์บริการประชาชนสำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
หมายเหตุ (เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐ / สายด่วน ๑๑๑๑ / www.๑๑๑๑.go.th /
ผู้ปณ.๑๑๑๑ เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐)

๑๙. ขอบเขตการให้บริการ/ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง : พรบ.ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ.๒๕๕๐

๒๐. ตัวอย่างแบบฟอร์ม คำร้องขอรับการช่วยเหลือสาธารณภัย

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน

(กรณีร้องขอด้วยตนเอง)

ชื่อ อ.ป.ท. อำเภอ..... จังหวัด.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

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

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่..... ซอย..... ถนนตำบล.....

อำเภอ จังหวัด โทรศัพท์

หมายเลขประจำตัวประชาชน

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)..... สกกุล.....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. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาด้วยแล้ว จำนวน.....ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ)เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

(.....)

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน

(กรณีร้องขอด้วยผู้แทน)

ชื่อ อปท. อำเภอ..... จังหวัด.....

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.....(ชื่อผู้รับความช่วยเหลือ)..... 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

(.....)