แบบฟอร์มการส่งรายชื่อผู้ป่วยวัณโรคเพื่อขอรับความช่วยเหลือเงินสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย  
ตามระเบียบกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

ชื่อหน่วยงาน …………………………………………………………………………………………………………………………

คำชี้แจง ผู้ป่วยที่ขอรับเงินสงเคราะห์จากกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ขอให้เข้าคุณสมบัติ ดังนี้  
 1. เป็นผู้ป่วยที่มีฐานะยากจนจริง  
 2. ผู้ป่วยและครอบครัวยินยอมให้เยี่ยมบ้าน  
หมายเหตุ เพื่อสะดวกในการติดต่อ โปรดระบุเบอร์โทรศัพท์ของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ที่ | ชื่อ-สกุลผู้ป่วย  เลขประจำตัวประชาชน | อายุ (ปี) | ประเภทผู้ป่วยวัณโรค | | | ที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ ของผู้ป่วย | รพ.สต.ใกล้บ้าน | ชื่อ-สกุลและเบอร์โทรศัพท์ของเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค | หน่วยงานได้ส่งเรื่องไปขอรับการช่วยเหลือจาก พมจ.หรือศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง | |
| TB | MDR-TB | XDR-TB | ดำเนินการแล้ว | ยังไม่ได้ดำเนินการ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |