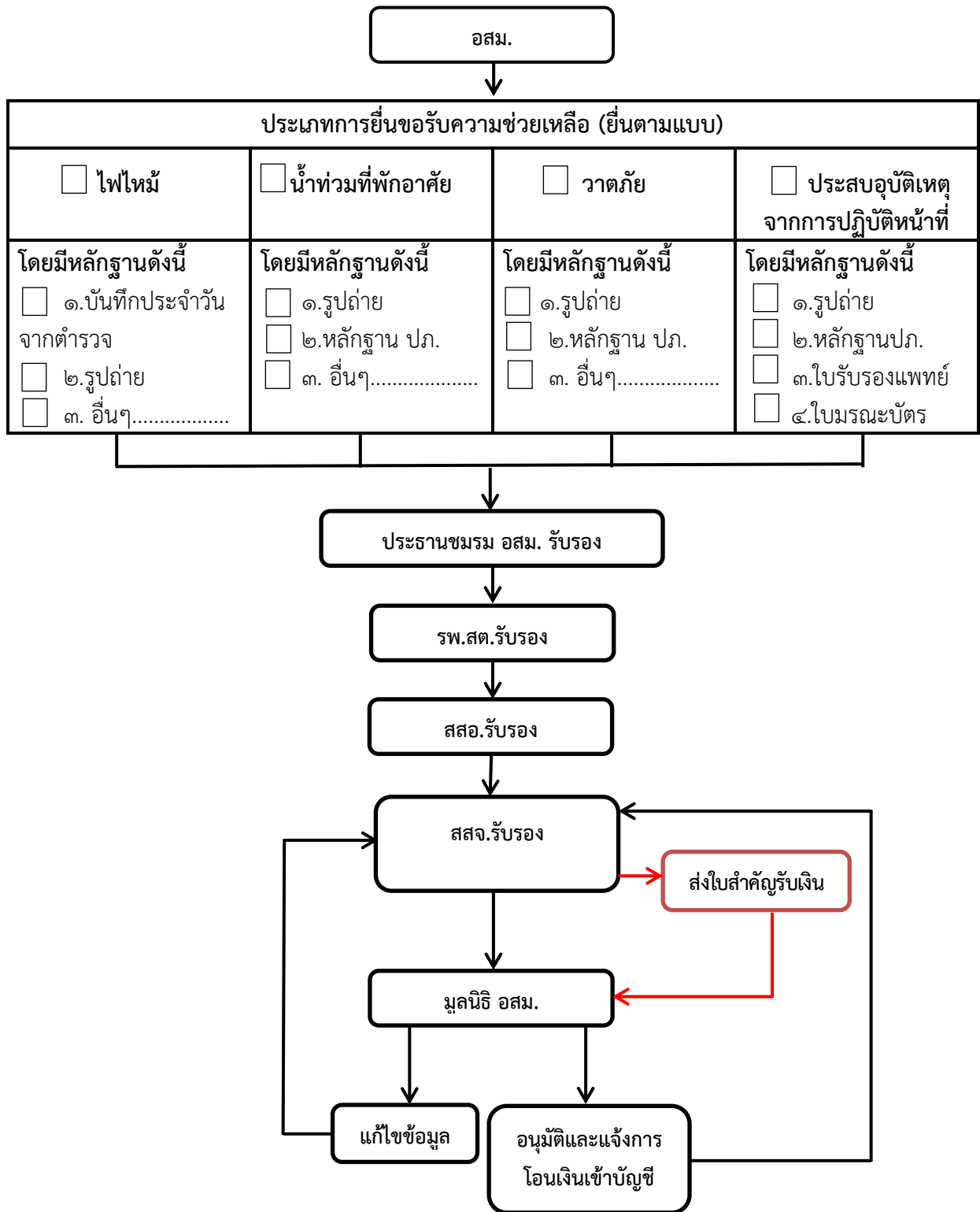


การขอรับความช่วยเหลือจาก มูลนิธิ อสม.



หมายเหตุ

1. กรณี อสม. เสียชีวิต ทายาทโดยชอบด้วยกฎหมายสามารถยื่นคำขอรับความช่วยเหลือจากมูลนิธิ อสม. แทนได้
2. คำขอรับความช่วยเหลือ และใบสำคัญรับเงิน เป็นไปตามมูลนิธิกำหนด



ด่วนที่สุด

มูลนิธิ อสม.

Village Health Volunteer Foundation

๘๘/๔๔ ขอยสธารณสุข ๘ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ชั้น๗ อาคารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนธ์ ๕๑๐๐๐ โทร. ๐-๒๑๙๓-๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๗๔๐ โทรสาร.๐-๒๑๙๔-๕๖๔๕

ที่ ม.อสม. 26

วันที่ 20 พฤศจิกายน ๒๕๖๒

เรื่อง แจ้งมติคณะกรรมการมูลนิธิ อสม. และขอความร่วมมือบริจาคเงิน

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดหลักเกณฑ์การขอรับการช่วยเหลือของ อสม. จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบขอรับความช่วยเหลือมูลนิธิ อสม. จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย มูลนิธิ อสม. ได้ประชุมสามัญมูลนิธิ อสม. ครั้งที่ ๑/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ เวลา ๑๐.๐๐ - ๑๔.๓๐ น. ณ ห้องประชุม ๓ ชั้น ๙ ตึกกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยที่ประชุมได้มีมติกำหนดหลักเกณฑ์การขอรับการช่วยเหลือของ อสม. เพื่อให้ อสม. และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องสามารถดำเนินการขอรับความช่วยเหลือจากมูลนิธิ อสม. ได้ ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

มูลนิธิ อสม. ขอประชาสัมพันธ์หลักเกณฑ์การขอรับการช่วยเหลือของ อสม. ดังนั้น เมื่อ อสม. รายใดประสบภัย ให้ อสม. หรือทายาทยื่นตามแบบที่กำหนด (รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒) ในการนี้ จึงขอประชาสัมพันธ์มติที่ประชุมคณะกรรมการมูลนิธิ อสม. ครั้งที่ ๑/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ โดยที่ประชุมมีความเห็นว่า เนื่องจาก อสม. ที่ขอรับการช่วยเหลือจากมูลนิธิ อสม. มีจำนวนมาก จึงมีมติขอรับเงินบริจาคเงินจาก อสม. ทั่วประเทศ อย่างน้อยคนละ ๒ บาท เป็นรายจังหวัด โดยขอให้ประธานชมรม อสม. ระดับจังหวัด เป็นผู้รับผิดชอบและรวบรวมเงินบริจาคตามจำนวนยอด อสม. เป็นรายจังหวัด ส่งมาที่ บัญชีธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี “มูลนิธิ อสม.” เลขที่ ๑๔๒-๐-๑๔๔๑๖-๒ สาขากระทรวงสาธารณสุข-ติวานนท์ หรือส่งมอบให้มูลนิธิ อสม. ในวันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๒ ณ ห้องประชุม ๑ ชั้น ๙ ตึกกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และ อสม. ในจังหวัดของท่านทราบ หลักเกณฑ์การขอรับการช่วยเหลือของ อสม. และร่วมบริจาคเงินให้มูลนิธิ อสม. ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(น.ต.บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์)

ประธานกรรมการมูลนิธิ อสม.



ด้านที่สุด มูลนิธิ อสม.

Village Health Volunteer Foundation

๘๘/๘๘ ขอยสธารณสุข ๘ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ชั้น๗ อาคารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนธ์ ๕๑๐๐๐ โทร. ๐-๒๑๙๓-๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๗๕๐ โทรสาร.๐-๒๑๙๓-๕๖๔๕

ที่ ม.อสม. 27

วันที่ 20 พฤศจิกายน ๒๕๖๒

เรื่อง แจ้งมติคณะกรรมการมูลนิธิ อสม. และขอความร่วมมือบริจาคเงิน

เรียน ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับจังหวัด ทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดหลักเกณฑ์การขอรับการช่วยเหลือของ อสม. จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบขอรับความช่วยเหลือมูลนิธิ อสม. จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย มูลนิธิ อสม. ได้ประชุมสามัญมูลนิธิ อสม. ครั้งที่ ๑/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ เวลา ๑๐.๐๐ - ๑๔.๓๐ น. ณ ห้องประชุม ๓ ชั้น ๙ ตึกกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยที่ประชุมได้มีมติกำหนดหลักเกณฑ์การขอรับการช่วยเหลือของ อสม. เพื่อให้ อสม.และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องสามารถดำเนินการขอรับความช่วยเหลือจากมูลนิธิ อสม. ได้ ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

มูลนิธิ อสม.ขอประชาสัมพันธ์หลักเกณฑ์การขอรับการช่วยเหลือของ อสม. ดังนั้น เมื่อ อสม. รายใดประสบภัย ให้ อสม.หรือทายาทยื่นตามแบบที่กำหนด (รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒) ในการนี้ จึงขอประชาสัมพันธ์มติที่ประชุมคณะกรรมการมูลนิธิ อสม. ครั้งที่ ๑/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ โดยที่ประชุมมีความเห็นว่า เนื่องจาก อสม. ที่ขอรับการช่วยเหลือจากมูลนิธิ อสม. มีจำนวนมาก จึงมีมติขอรับเงินบริจาคเงินจาก อสม. ทั่วประเทศ อย่างน้อยคนละ ๒ บาท เป็นรายจังหวัด โดยขอให้ประธานชมรม อสม. ระดับจังหวัด เป็นผู้รับผิดชอบและรวบรวมเงินบริจาคตามจำนวนยอด อสม. เป็นรายจังหวัด ส่งมาที่ บัญชี ธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี “มูลนิธิ อสม.” เลขที่ ๑๔๒-๐-๑๔๔๑๖-๒ สาขากระทรวงสาธารณสุข-ติวานนท์ หรือ ส่งมอบให้มูลนิธิ อสม. ในวันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๒ ณ ห้องประชุม ๑ ชั้น ๙ ตึกกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และแจ้งอสม.ในจังหวัดของท่านทราบหลักเกณฑ์การขอรับการช่วยเหลือของ อสม. และร่วมบริจาคเงินให้มูลนิธิ อสม. ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(น.ต.บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์)

ประธานกรรมการมูลนิธิ อสม.

เรื่อง หลักเกณฑ์การขอรับการช่วยเหลือจากมูลนิธิ อสม.

ด้วยมูลนิธิ อสม. ในการประชุมฯ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ ได้มีมติเห็นชอบหลักเกณฑ์การขอรับการช่วยเหลือของ อสม.ผู้ประสบภัย ดังนี้

๑.ไฟไหม้

๑.๑ มีหนังสือจากประธานชมรมระดับตำบล, ผอ. รพสต., สสอ., สสจ. เป็นผู้รับรองตามลำดับ

๑.๒ แนบหลักฐาน รูปถ่าย บันทึกประจำวันของตำรวจ
วงเงินช่วยเหลือ ดังนี้

ความเสียหายจริง ๑๐๐ %	๕,๐๐๐ บาท
ความเสียหายจริง ๗๐%	๓,๐๐๐ บาท
ความเสียหายจริง ๕๐%	๒,๕๐๐ บาท

๒.น้ำท่วมที่พักอาศัย

๒.๑ มีหนังสือจากประธานชมรมระดับตำบล, ผอ. รพสต., สสอ., สสจ. เป็นผู้รับรองตามลำดับ

๒.๒ แนบหลักฐาน ปก. รูปถ่าย

วงเงินช่วยเหลือ ดังนี้

ความเสียหายจริง ๑๐๐ %	๕,๐๐๐ บาท
ความเสียหายจริง ๗๐%	๓,๐๐๐ บาท
ความเสียหายจริง ๕๐%	๒,๕๐๐ บาท

๓.วาตภัย

๓.๑ มีหนังสือจากประธานชมรมระดับตำบล, ผอ. รพสต., สสอ., สสจ. เป็นผู้รับรองตามลำดับ

๓.๒ แนบหลักฐาน ปก. รูปถ่าย

วงเงินช่วยเหลือ ดังนี้

ความเสียหายจริง ๑๐๐ %	๕,๐๐๐ บาท
ความเสียหายจริง ๗๐%	๓,๐๐๐ บาท
ความเสียหายจริง ๕๐%	๒,๕๐๐ บาท

อื่นๆ เช่น ดินโคลนถล่ม แผ่นดินไหว

๔.ประสบอุบัติเหตุจากการปฏิบัติหน้าที่

๔.๑ มีหนังสือรับรองจากประธานชมรมระดับตำบล, ผอ. รพสต., สสอ., สสจ. เป็นผู้รับรองตามลำดับ

๔.๒ แนบหลักฐานดังนี้ ๑)ใบรับรองแพทย์ ๒)ใบมรณบัตร ๓)รูปถ่าย

วงเงินช่วยเหลือ ดังนี้

เสียชีวิต	๕,๐๐๐ บาท
ทุพพลภาพ	๓,๐๐๐ บาท
เยี่ยวยา	๑,๐๐๐-๒,๐๐๐บาท



แบบขอรับความช่วยเหลือ มูลนิธิ อสม.

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

เรียน ประธานมูลนิธิ อสม.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
ข้าพเจ้าเป็น อสม. ทายาท อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่..... ซอย.....ถนน ตำบล.....
อำเภอ จังหวัด โทรศัพท์
หมายเลขประจำตัวประชาชน..... โดยมีความประสงค์ขอให้ มูลนิธิ อสม. ช่วยเหลือ ดังนี้

ประเภทการช่วยเหลือ			
<input type="checkbox"/> ไฟไหม้	<input type="checkbox"/> น้ำท่วมที่พังกาศัย	<input type="checkbox"/> วาตภัย	<input type="checkbox"/> ประสบอุบัติเหตุจากการปฏิบัติหน้าที่
โดยมีหลักฐานดังนี้ <input type="checkbox"/> ๑.บันทึกประจำวันจากตำรวจ <input type="checkbox"/> ๒.รูปถ่าย <input type="checkbox"/> ๓. อื่นๆ.....	โดยมีหลักฐานดังนี้ <input type="checkbox"/> ๑.รูปถ่าย <input type="checkbox"/> ๒.หลักฐาน ปก. <input type="checkbox"/> ๓. อื่นๆ.....	โดยมีหลักฐานดังนี้ <input type="checkbox"/> ๑.รูปถ่าย <input type="checkbox"/> ๒.หลักฐาน ปก. <input type="checkbox"/> ๓. อื่นๆ.....	โดยมีหลักฐานดังนี้ <input type="checkbox"/> ๑.รูปถ่าย <input type="checkbox"/> ๒.หลักฐานปก. <input type="checkbox"/> ๓.ใบรับรองแพทย์ <input type="checkbox"/> ๔.ใบมรณะบัตร

รายละเอียดขอความช่วยเหลือ

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

มีความประสงค์ให้มูลนิธิ อสม. โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร.....สาขา.....
ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

(ลงชื่อ) ประธาน อสม.ระดับตำบล (ลงชื่อ)รพสต.
(.....) (.....)

(ลงชื่อ)สสอ. (ลงชื่อ)สสจ.
(.....) (.....)