

# แบบคำขอรับการช่วยเหลือเยียวยา อสม. ที่ได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติหน้าที่

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

เรียน ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุน ดร.นพ.อมร นนทสูต

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
 ข้าพเจ้าเป็น  อสม.  คู่สมรส  ผู้บุพการี หรือผู้สืบสันดาน อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....  
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....  
 หมายเลขประจำตัวประชาชน

(ข้อมูลของ อสม. กรณีที่ อสม. เสียชีวิต หรือทุพพลภาพจนไม่สามารถดำเนินการได้) ชื่อ อสม.  
 (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....  
 หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
 หมายเลขประจำตัวประชาชน

โดยมีความประสงค์ขอรับการช่วยเหลือเยียวยา ดังนี้

## ๑. ประเภทขอรับการช่วยเหลือเยียวยา

ได้รับบาดเจ็บ เจ็บป่วย	บาดเจ็บสาหัสต้องเข้ารับการรักษา ในสถานพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน	ทุพพลภาพ หรือสูญเสียอวัยวะ	เสียชีวิต
โดยมีหลักฐาน ดังนี้ <input type="checkbox"/> ๑. คำสั่ง/แผนปฏิบัติงาน <input type="checkbox"/> ๒. ใบรับรองแพทย์ <input type="checkbox"/> ๓. รูปถ่ายการได้รับ ผลกระทบ (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> ๔. สำเนาบัตรประจำตัว อสม.	โดยมีหลักฐาน ดังนี้ <input type="checkbox"/> ๑. คำสั่ง/แผนปฏิบัติงาน <input type="checkbox"/> ๒. ใบรับรองแพทย์ <input type="checkbox"/> ๓. รูปถ่ายการได้รับ ผลกระทบ (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> ๔. สำเนาบัตรประจำตัว อสม.	โดยมีหลักฐาน ดังนี้ <input type="checkbox"/> ๑. คำสั่ง/แผนปฏิบัติงาน <input type="checkbox"/> ๒. ใบรับรองแพทย์ <input type="checkbox"/> ๓. รูปถ่ายการได้รับ ผลกระทบ (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> ๔. สำเนาบัตรประจำตัว อสม.	โดยมีหลักฐาน ดังนี้ <input type="checkbox"/> ๑. คำสั่ง/แผนปฏิบัติงาน <input type="checkbox"/> ๒. ใบมรณะบัตร <input type="checkbox"/> ๓. สำเนาบัตรประจำตัว อสม.

## ๒. รายละเอียดสาเหตุการได้รับผลกระทบ (หากมีรายละเอียดเพิ่มเติมให้แนบมาพร้อมแบบคำขอฯ)

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

มีความประสงค์ให้ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร.....สาขา.....  
 ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....ผู้ยื่นคำขอ (อสม./ คู่สมรส/ บุพการีหรือผู้สืบสันดาน)  
 (.....)

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

(ลงชื่อ) ..... รพ.สต.  
 (.....)

(ลงชื่อ) ..... สสอ.  
 (.....)

(ลงชื่อ) ..... สสจ.  
 (.....)

หมายเหตุ : ในกรณี อสม.กทม ให้ใช้หน่วยงานในลักษณะเดียวกันโดยเทียบเคียงเป็นผู้รับรองในแต่ละระดับ