**แบบยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น**

**กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
หรือโรคโควิด 19(Coronavirus Disease 2019(COVID-19))**

 ชื่อหน่วยรับคำร้อง ............................................................

 วันที่ยื่นคำร้อง ...................................................................

1. รายละเอียดของผู้รับบริการ

๑.๑ ชื่อ – สกุล....................................................................................

๑.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

 ๑.๓ สิทธิรักษาพยาบาล หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม

 ข้าราชการ อื่นๆ ....................................

๑.๔ อาชีพ........................รายได้.....................บาท ภาระที่ผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบ .........................................

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

๑.๕ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก......................................................................................................................

........................................................โทรศัพท์...............................................................................................................

๒. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง **(ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)**

๒.๑ ชื่อ – สกุล ...........................................................................................................................................................

๒.๒ เลขที่บัตรประชาชน

๒.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.................................................................................................................................

๒.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก......................................................................................................................

.......................................................โทรศัพท์................................................................................................................

1. รายละเอียดเกี่ยวกับการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

๓.๑ สถานที่ฉีดวัคซีน ........................................................................................จังหวัด .............................................

๓.๒ วันเดือนปีที่ได้รับวัคซีน เข็มที่ ๑ ............................ .เข็มที่ ๒ ...........................................................................

๓.๓ วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น ...................................................................................................................

๓.๔ ความเสียหายจากการรับวัคซีน ..........................................................................................................................

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

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

1. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง

 ๔.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ต้องมี)

 ๔.๒ สำเนาเอกสารผลการสอบสวนโรคของกระทรวงสาธารณสุข (แบบรายงานอาการหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค AEFI 1) (ถ้ามี)

 ๔.๓ ใบรับรองแพทย์ แสดงรายละเอียดความเสียหายจากการฉีดวัคซีน (ต้องมี)

 ๔.๔ สำเนาเวชระเบียน กรณีนอนโรงพยาบาล (ต้องมี)

 ๔.๕ สำเนาใบมรณบัตรของผู้รับบริการ กรณีที่เสียชีวิต

 ๔.๖ ความเห็นแพทย์ผู้ให้การรักษา ที่ให้หยุดพักงาน ๔.๗ เอกสารอื่นๆ (ระบุ)...........................

-2-

กรณีผลการพิจารณาคำร้อง มีมติให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร

โดยได้แนบ

 หน้าสมุดบัญชีธนาคาร (ชื่อธนาคาร) .........................................เลขที่ บัญชี................................................. ของ (ระบุชื่อ)..................................................... ผู้รับบริการ/ผู้ยื่นคำร้อง มาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

 ลงชื่อ ................................................ผู้ยื่นคำร้อง

 (................................................)

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

**คำแนะนำ**

1. ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง ได้แก่ ผู้รับบริการ หรือ ทายาท ผู้อุปการะ(กรณีไม่มีทายาท) ที่ให้การช่วยเหลือเกื้อกูลหรือดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานพอสมควร หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ
2. สถานที่ยื่นคำร้อง ได้แก่ หน่วยบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่
3. ระยะเวลาในการยื่นคำร้อง ภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ทราบความเสียหาย
4. หน่วยงานที่แจ้งผลการพิจารณา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่ ที่รับผิดชอบพื้นที่จังหวัดที่เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19
5. หากมีข้อสงสัย ติดต่อสอบถาม ได้ที่

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โทรศัพท์ 02 141 4000 เวลาราชการ โทรสาร 02 143 9730-1

หรือติดต่อ สายด่วน สปสช. 1330 เปิดบริการ 24 ชั่วโมง

หรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี 032-332590 ต่อ 5406 (เวลาราชการ)

หรือ โทร 084-751-2554 คุณจันทนา พิณทิพย์