



แบบลงทะเบียน/เปลี่ยนสถานพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. รายละเอียด/ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน

1. ชื่อ - สกุล (นาย,นาง,นางสาว,เด็กชาย,เด็กหญิง).....
เลขประจำตัวบุคคล
2. ที่อยู่ ที่อยู่กรณีลงทะเบียน ที่อยู่กรณีเปลี่ยนสถานพยาบาล
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....เบอร์ติดต่อ.....

2. มีความประสงค์

- ลงทะเบียน
 เปลี่ยนสถานพยาบาล
 อื่น ๆ ระบุ.....

3. สถานพยาบาลที่ต้องการลงทะเบียน/เปลี่ยนสถานพยาบาล (โปรดระบุให้ครบถ้วน)

ชื่อสถานพยาบาลหลัก.....รหัส 5 หลัก.....จังหวัด.....
ชื่อสถานพยาบาลรอง.....รหัส 5 หลัก.....จังหวัด.....

เอกสารหลักฐานการลงทะเบียน/เปลี่ยนสถานพยาบาล

- แบบลงทะเบียน/เปลี่ยนสถานพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ
- บัตรประจำตัวบุคคล หรือใบสูติบัตรกรณีบุคคลที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี
- ทะเบียนบ้านที่มีชื่ออยู่จริง หรือแบบรับรองรายการทะเบียนราษฎร (ท.ร.13) หรือ (ท.ร.14) กรณีบุคคลที่มีเลขประจำตัวขึ้นต้นด้วยเลข 3, 4, 5, 6, 7, 8
- แบบรับรองรายการทะเบียนประวัติบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน (ท.ร.38ข) กรณีบุคคลที่มีเลขประจำตัวขึ้นต้นด้วยเลข 0 หลักที่ 6 (และ 7) เป็นเลข 00 หรือ หลักที่ 6 และ 7 เป็นเลข 89

หากลงทะเบียน/เปลี่ยนสถานพยาบาลไม่ตรงตามทะเบียนบ้านที่มีชื่ออยู่จริงต้องมีเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้

- สำเนาทะเบียนบ้านที่อาศัยอยู่ ณ ปัจจุบัน และเจ้าบ้านเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
- หนังสือรับรองบุคคล กรณีที่อยู่ในความดูแลของหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ เช่น สถานสงเคราะห์, สถานพินิจ, มูลนิธิ, ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ, วัด, เรือนจำ, สถานคุ้มครองฯ, สถานศึกษา ฯลฯ

หมายเหตุ : กรณีลงทะเบียน โปรตศึกษาเงื่อนไขการลงทะเบียนตามเลขบัตรประจำตัวประชาชนของกลุ่มเป้าหมายตามมติคณะรัฐมนตรีเพิ่มเติมอีกครั้ง

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน
(.....) เกี่ยวข้องเป็น

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบเอกสาร
(.....)