



## แบบฟอร์มการขอความช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล

เลขที่เคส.....

วันที่ .....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ชื่อ.....สกุล .....

อายุ ..... ปี อาชีพ ..... สถานที่ทำงาน .....

เลขที่บัตรประชาชน .....

..... ออกโดย .....

วันที่ออกบัตร .....

วันหมดอายุ .....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ .....

อาคาร .....

ซอย .....

ถนน .....

แขวง.....

เขต .....

จังหวัด .....

รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์.....

มือถือ .....

อีเมลล์ .....

Fb/Ig/Line .....

มีความประสงค์ที่จะขอความช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลแมวจร โดยมีรายละเอียด ดังนี้

● สถานที่ที่แมวจรอยู่อาศัย/พบแมวจร.....

ถนน.....

เขต/อำเภอ.....

จังหวัด .....

● ลักษณะของแมวจร สี/ตำหนิ.....

เพศ .....

● อาการเบื้องต้น.....

● ชื่อแมวที่ใช้ในสถานพยาบาล .....

● สถานพยาบาลที่นำแมวเข้ารับการรักษา.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าจะปฏิบัติและดำเนินการตามระเบียบว่าด้วยการขอความช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลแมวจร ที่ทางมูลนิธิฯ กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด

ลงชื่อ .....

ผู้ขอความช่วยเหลือ

( )

ลงชื่อ .....

ผู้รับเรื่อง

( )

คณะกรรมการของมูลนิธิฯ มีมติลงวันที่ .....

เห็นชอบ และให้ความช่วยเหลือ

ค่ารักษาพยาบาล ตั้งแต่วันที่ .....

ไม่เห็นชอบ เพราะ .....

ลงชื่อ .....

ผู้อนุมัติ

( )

ทั้งนี้เจ้าของเคสได้อ่าน

1. ระเบียบการขอความช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลแมวจร

2. หลักเกณฑ์การจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล

อย่างละเอียดและยอมรับเห็นด้วยทุกประการ พร้อมลงชื่อ