

ช่องทางการร้องเรียน

- ☐ ด้วยตนเอง
☐ Website
☐ E-mail



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
 Department of Health Service Support

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับเรื่อง.....
 วันที่รับเรื่อง.....
 เวลา.....

แบบบันทึกการรับเรื่องร้องเรียน

วันที่ร้องเรียน...../...../.....

๑. ข้อมูลผู้ร้องเรียน

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้
 บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....
 อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....

๒. ข้อมูลผู้รับมอบอำนาจจากผู้ร้องเรียน (ถ้ามี)

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้
 บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....
 อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....
 ขอร้องเรียนแทน (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....มีความสัมพันธ์เป็น.....

๓. ข้อมูลผู้ถูกร้องเรียน

ชื่อสถานพยาบาล/สถานประกอบการ.....
 สถานที่ตั้ง.....
 อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

๔. ข้อมูลเรื่องร้องเรียน

ท่านเคยร้องทุกข์/ฟ้อง ในประเด็นนี้หรือไม่

☐ เคย	☐ ร้องทุกข์ต่อหน่วยงาน (ระบุ).....
	☐ ฟ้องคดีต่อศาล (ระบุ).....
☐ ไม่เคย	

หลักฐานประกอบการร้องเรียน

หลักฐาน/เอกสาร	จำนวน (แผ่น)	หลักฐาน/เอกสาร	จำนวน (แผ่น)
☐ สำเนาบัตรประชาชน		☐ สำเนาใบเสร็จรับเงิน	
☐ หนังสือมอบอำนาจ		☐ ภาพถ่าย	
☐ สำเนาทะเบียนบ้าน		☐ เอกสารอื่นๆ (โปรดระบุ).....	
☐ สำเนาประวัติการรักษา			
			
			

**ข้าพเจ้าได้รับทราบว่าเรื่องร้องทุกข์ที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพไม่รับพิจารณาดำเนินการ หรือให้ยุติการพิจารณาได้
มีกรณีต่อไปนี้**

- (๑) เรื่องที่มีการฟ้องร้องเป็นคดีอยู่ในศาล หรือเรื่องที่ศาลมีคำพิพากษา คำสั่ง หรือคำวินิจฉัยแล้ว
- (๒) เรื่องที่ไม่อยู่ในหน้าที่และอำนาจของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- (๓) เป็นการร้องเรียนโดยใช้สิทธิไม่สุจริตและการพิจารณาจะไม่เป็นประโยชน์ต่อประชาชนโดยรวม
- (๔) เรื่องร้องเรียนที่เคยได้พิจารณาและได้รับการดำเนินการตามขั้นตอนในการพิจารณาจนเสร็จสิ้นกระบวนการ หากผู้ร้องเรียน ได้มาร้องเรียนใหม่โดยอาศัยข้อเท็จจริง หรือประเด็นเดียวกันอีก
- (๕) เรื่องร้องเรียนที่มีลักษณะเป็นการกล่าวหาเลื่อนลอยปราศจากพยานหลักฐานหรือมีลักษณะเป็นบัตรสนเท่ห์
- (๖) เรื่องร้องเรียนที่ผู้ร้องเรียนไม่มาให้ถ้อยคำ ไม่แสดงพยานหลักฐาน หรือไม่ดำเนินการตามที่เจ้าหน้าที่ให้ดำเนินการ โดยไม่มีเหตุอันสมควร
- (๗) เรื่องร้องเรียนที่ผู้ร้องเรียนยื่นไว้ไม่มีความชัดเจน ไม่สามารถทำความเข้าใจในเนื้อหาสาระที่ร้องเรียน ไม่ลงลายมือชื่อ ไม่ปรากฏเอกสารหลักฐานต่างๆ ประกอบการร้องเรียน

ข้าพเจ้าได้รับทราบขณะร้องทุกข์แล้วว่า

- (๑) ในกรณีที่เรื่องร้องเรียนอยู่ในอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการอื่น ให้แจ้งผู้ร้องเรียนทราบ เพื่อร้องเรียนไปยังส่วนราชการอื่นที่มีอำนาจหน้าที่พิจารณาต่อไป
- (๒) การร้องเรียนไม่ทำให้อายุความสะดุดหยุดอยู่ หรือสะดุดหยุดลง
- (๓) การร้องเรียนไม่เป็นการตัดสิทธิที่จะนำเรื่องร้องเรียนดังกล่าวไปร้องเรียนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือดำเนินคดีตามกฎหมายด้วยตนเอง
- (๓.๑) กรณีข้อร้องเรียนที่มีความเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลอาจเข้าข่ายเป็นเรื่องมาตรฐานการประกอบวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์) หน่วยงานที่มีอำนาจพิจารณาให้ความเห็น คือ แพทยสภา ท่านสามารถส่งเรื่องให้แพทยสภาพิจารณาได้
- (๓.๒) กรณีข้อร้องเรียนที่ท่านได้รับความเสียหายทางแพ่ง ท่านมีสิทธิฟ้องร้องดำเนินคดีต่อศาลยุติธรรมตามที่กฎหมายให้อำนาจไว้
- (๔) กรณีที่ผู้ร้องเรียนไปใช้สิทธิดำเนินคดีในศาลด้วยตนเองแล้ว ให้ทำเป็นหนังสือแจ้งยุติเรื่องร้องเรียนต่อกรมสนับสนุนบริการสุขภาพทราบ
- (๕) เมื่อเจ้าหน้าที่พิจารณาเรื่องร้องเรียนได้รับเรื่องแล้ว จะดำเนินการตรวจสอบ แสวงหาข้อเท็จจริง และรวบรวมพยานหลักฐานที่เกี่ยวข้อง เพื่อประกอบการพิจารณาเรื่องร้องเรียนโดยดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๙๐ วันทำการนับแต่เอกสารครบถ้วน แต่หากมีเหตุจำเป็นอาจขอขยายระยะเวลาดำเนินการได้ ๒ ครั้ง ครั้งละไม่เกิน ๓๐ วันทำการ เว้นแต่เป็นเรื่องที่ยุยยากซับซ้อนให้ดำเนินการให้เสร็จโดยเร็ว

ข้าพเจ้าขอรับรองและให้ความยินยอมว่า

- ☒ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อเท็จจริงที่ได้ยื่นร้องเรียนต่อกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ และขอรับผิดชอบต่อข้อเท็จจริงดังกล่าวข้างต้นทั้งหมด
- ☒ ข้าพเจ้ารับทราบว่ากรณำความเท็จมาร้องทุกข์ต่อเจ้าหน้าที่ ซึ่งทำให้ผู้อื่นได้รับความเสียหาย เป็นความผิดตามประมวลกฎหมายอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน
- ☒ ข้าพเจ้ายินยอมให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพนำข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าเปิดเผย และ/หรือแลกเปลี่ยนข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าให้แก่สถานพยาบาล/สถานประกอบการ หรือหน่วยงาน/บุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อการแสวงหาข้อเท็จจริงและรวบรวมพยานหลักฐานให้ได้ข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับเรื่องร้องเรียนถูกต้องครบถ้วนและเป็นธรรมกับทุกฝ่าย เพื่อวัตถุประสงค์ในการดำเนินการเรื่องร้องเรียนตามระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

(ลงชื่อ).....ผู้ร้องเรียน/ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับเรื่องร้องเรียน
(.....)

ติดต่อสอบถามสถานะเรื่องร้องเรียน

ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โทรศัพท์ ๐๒ ๑๙๓ ๗๐๕๗

E-mail : crm@hss.mail.go.th

หรือ ติดต่อ.....หน่วยงานผู้รับผิดชอบเรื่องร้องเรียน

โทรศัพท์.....



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Department of Health Service Support

แบบถอนเรื่องร้องเรียน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอลถอนเรื่องร้องเรียน

เรียน ผู้อำนวยการกองกฎหมาย

ตามที่ข้าพเจ้า.....ได้ยื่นเรื่องร้องเรียนต่อกรมสนับสนุน

บริการสุขภาพ เกี่ยวกับเรื่องร้องเรียน.....

และ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้ลงทะเบียนรับเรื่องร้องเรียนของผู้ร้องเรียนตามทะเบียนรับเรื่อง
ร้องเรียนเลขรับที่.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ. นั้น

เนื่องจากข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอลถอนเรื่องร้องเรียนดังกล่าวข้างต้น เนื่องจาก.....

จึงขอให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ยุติเรื่องการดำเนินการเกี่ยวกับข้อร้องเรียนดังกล่าว

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาบัตรประชาชนเพื่อยืนยันตัวตนมาแล้ว จำนวน ๑ ฉบับ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ (.....)

ผู้ร้องเรียน