

ข้อตกลงหลักเกณฑ์รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 5

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ โทรศัพท์ 032-337258 / 084-8959048

เพื่อประโยชน์ของตัวท่านเองและส่วนราชการขอความกรุณาจากท่าน โปรดอ่านก่อนที่ท่านจะแจ้งเรื่องร้องเรียน

หลักเกณฑ์ที่ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๕ จะรับดำเนินการเรื่องร้องเรียน มีดังนี้

๑) ขอให้ท่านใช้ถ้อยคำหรือข้อความที่สุภาพ และท่านควรให้ข้อมูลดังนี้

- วัน เดือน ปี ที่ท่านพบเห็นปัญหาเรื่องร้องเรียน

- ชื่อ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ อีเมล (E-Mail) ที่สามารถติดต่อถึงตัวท่านได้

- มีข้อเท็จจริงของเรื่องที่ร้องเรียน ที่แสดงว่าตัวท่านได้รับความเดือดร้อนหรือเสียหายในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการใด ๆ อย่างไม่เป็นธรรม และต้องการให้ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๕ ดำเนินการแก้ไขปัญหาอย่างไร

- กรณีท่านแจ้งเบาะแสที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายที่เกิดขึ้น ขอให้ท่านแจ้งพื้นที่ที่ต้องการให้ตรวจสอบว่าอยู่ในบริเวณใด หรือใกล้เคียงกับสถานที่สำคัญใดในท้องถิ่นนั้น หรืออยู่ในเขตหมู่บ้าน หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัดใด (ทั้งนี้ หากท่านสามารถระบุถึง พยาน เอกสาร พยานวัตถุ และพยานบุคคล ขอให้แจ้งมาด้วย)

- กรณีท่านแจ้งเบาะแสเกี่ยวกับพฤติกรรม หรือการปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบ หรือมีการทุจริต ของเจ้าหน้าที่/ หน่วยงานในสังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ขอให้ท่านแจ้งข้อมูลให้มีความชัดเจนเพียงพอที่จะสามารถตรวจสอบข้อเท็จจริงต่อไปได้ (ทั้งนี้ หากท่านสามารถระบุถึง พยาน เอกสาร พยานวัตถุ และพยานบุคคล ขอให้แจ้งมาด้วย)

๒) เรื่องร้องเรียนต้องเป็นเรื่องจริง มิได้หวังสร้างกระแสหรือสร้างข่าวเพื่อให้เกิดความเสียหายต่อบุคคลใดหากเป็นการกล่าวแบบเลื่อนลอยผู้ที่ถูกกล่าวหาอาจฟ้องกลับท่านในฐานหมิ่นประมาทได้

หลักเกณฑ์ที่ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๕ อาจจะไม่รับดำเนินการเรื่องร้องเรียน

๑) เรื่องร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับสถาบันพระมหากษัตริย์ เรื่องร้องเรียนที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่เพียงพอ หรือไม่ สามารถหาข้อมูลเพิ่มเติมได้ในการตรวจสอบข้อเท็จจริง

๒) เรื่องร้องเรียนที่เข้าสู่กระบวนการยุติธรรมแล้ว หรือเป็นเรื่องที่ศาลได้มีคำสั่งพิพากษาหรือคำสั่งถึงที่สุดแล้ว

๓) เรื่องร้องเรียนที่หน่วยงานอื่นได้ดำเนินการตรวจสอบ พิจารณาวินิจฉัย และได้มีข้อสรุปผลการพิจารณาเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

คำรับรองการร้องเรียนของท่าน

๑) ท่านรับรองว่าข้อเท็จจริงที่ได้แจ้งเรื่องร้องเรียนต่อศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๕ เป็น เรื่องที่เกิดขึ้นจริงทั้งหมด และท่านขอรับผิดชอบต่อข้อเท็จจริงดังกล่าวข้างต้นทุกประการ

๒) ท่านรับทราบแล้วว่า การนำความเท็จมาร้องเรียนต่อเจ้าหน้าที่ ซึ่งทำให้ผู้อื่นได้รับความเสียหายอาจเป็นความผิดฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา

๓) กรณีสืบทราบว่าคุณเป็นเจ้าหน้าที่รัฐ และแจ้งเรื่องร้องเรียนเท็จเพื่อก่อให้เกิดความเสื่อมเสียชื่อเสียงของหน่วยงานรัฐหรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานรัฐ ท่านจะถูกดำเนินการทางวินัยทางราชการด้วย

๔) หากท่านมีเจตนาแจ้งเรื่องก่อกวนก่อกบฏบุคคลใด หรือแจ้งเรื่องเท็จ เจ้าหน้าที่อาจมีการบันทึกเสียงท่านเพื่อใช้ในการตรวจสอบตัวตนของท่านได้ และสามารถตรวจสอบได้ว่าท่านใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ IP ใด ในช่วงเวลาใด เพื่อใช้ในการตรวจสอบตัวตนของท่านได้ เพื่อดำเนินการตามระเบียบกฎหมายที่เกี่ยวข้องต่อไปได้ จึงขอให้ท่านแจ้งเรื่องที่เป็นข้อเท็จจริงเท่านั้น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อเท็จจริงที่ได้แจ้งเรื่องร้องเรียนต่อศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๕ เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นจริงทั้งหมด



ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 5
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มบันทึกการรับเรื่องร้องเรียน ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 5

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ โทรศัพท์ 032-337258 / 084-8959048

วันที่

ช่องทางการร้องเรียน

ผู้ร้องเรียน เลขประจำตัวประชาชน

เพศ อายุ ปี หมายเลขโทรศัพท์ ID line :

E-mail : (หน่วยงานดำเนินการแล้วจะแจ้งให้ทราบทาง e-mail)

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน ซอย ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

*** ท่านมีความประสงค์ที่จะให้ เปิดเผยข้อมูล หรือ ปกปิดข้อมูล ส่วนตัวของท่านหรือไม่ ***

(กรณีที่ท่านปกปิดข้อมูล เจ้าหน้าที่อาจไม่สามารถสอบถามประเด็นความเดือดร้อนหรือข้อร้องเรียนจากท่านได้ ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อการแก้ไขปัญหาของท่าน เนื่องจากมีข้อมูลไม่เพียงพอ)

เปิดเผยข้อมูล ปกปิดข้อมูล

รายละเอียดเรื่องร้องเรียน

1. บุคคลที่ต้องการร้องเรียน

■ ตัวบุคคล ชื่อ-นามสกุล

■ ชื่อกลุ่ม/คณะบุคคล

2. หน่วยงานที่ต้องการร้องเรียน

■ ชื่อหน่วยงาน

■ ชื่อบริษัท/ห้างร้าน

ประเด็นที่ท่านต้องการร้องเรียน

(ขอได้โปรดแจ้งข้อมูลให้โดยละเอียดครบถ้วนชัดเจน เพื่อหน่วยงานที่รับผิดชอบจะสามารถตรวจสอบข้อเท็จจริง/ประสานดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

สถานที่/บริเวณที่เกิดเหตุหรือที่ท่านพบเห็นเหตุการณ์

เลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน ซอย ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

จุดสังเกตหรือสถานที่ใกล้เคียงที่สำคัญ (โปรดระบุ)

.....

สิ่งที่ต้องการให้ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 5 ดำเนินการ

.....

.....

วัตถุประสงค์ของผู้ร้องเรียน

.....

.....

หมายเหตุ : รายการข้อมูลทั้งหมดทางระบบจะเก็บเป็นความลับ ตามพระราชบัญญัติคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2551

ลงชื่อ ผู้ร้องเรียน

(.....)

วันที่

ลงชื่อ ผู้รับเรื่อง

(.....)

ตำแหน่ง