



ด่วนมาก

ที่ กพจ.ปจ ๒๕๐๐๑/ว ๗๒๕

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดปราจีนบุรี
ถนนปราจีนอนุสรณ์ ปจ ๒๕๐๐๐

๒๘ กันยายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ให้หน่วยงานและองค์กร เสนอโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุน
งบประมาณกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดปราจีนบุรี

เรียน นายกองเอกวิฑูรย์ วิฑูรย์วิฑูรย์

- | | | |
|------------------|---|-------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. ระเบียบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดปราจีนบุรี | จำนวน ๑ ชุด |
| | ๒. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | จำนวน ๑ ชุด |
| | ๓. ตัวอย่างแนวทางการเขียนโครงการ | จำนวน ๑ ชุด |

ตามหนังสือที่องค์การบริหารจังหวัดปราจีนบุรี ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เขต ๖ ระยอง ได้ลงนามความร่วมมือในการจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดปราจีนบุรี โดยมีวัตถุประสงค์
เพื่อสนับสนุนการจัดบริการ การพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้มีสิทธิ ได้รับการฟื้นฟู
สมรรถภาพในระดับชุมชนและที่บ้าน ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ โดยให้การส่งเสริมช่วยเหลือคนพิการ
ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่างกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง นั้น

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดปราจีนบุรี จึงขอประชาสัมพันธ์ให้หน่วยงานและองค์กร
เสนอโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณ เพื่อใช้ในการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับคนพิการ ผู้สูงอายุ
ผู้ป่วยที่มีระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ภายในวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ รายละเอียดปรากฏตาม
สิ่งที่ส่งมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายอนาวรัตน์ วาริสมานคุณ)

รองนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี

กองสาธารณสุข

โทร./โทรสาร ๐-๓๗๒๑-๐๕๓๒

www.prachinpao.go.th

“ชื่อสัตย์ สุจริต มุ่งสัมฤทธิ์ของงาน ยึดมั่นมาตรฐาน บริการด้วยใจเป็นธรรม”

3 ๗ ๒



ระเบียบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดปราจีนบุรี
ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการขอรับการสนับสนุนเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพปรับสภาพแวดล้อม
ที่อยู่อาศัยหรือบริการขั้นพื้นฐานให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
พ.ศ. ๒๕๖๕

โดยที่เป็นการสมควรให้มีระเบียบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดปราจีนบุรี ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการขอรับการสนับสนุนเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยหรือบริการขั้นพื้นฐานให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๕ (๓) ของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงออกระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า "ระเบียบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดปราจีนบุรี ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการขอรับการสนับสนุนเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยหรือบริการขั้นพื้นฐานให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ พ.ศ. ๒๕๖๕"

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ประธานคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดปราจีนบุรี รักษาการให้เป็นไปตามระเบียบนี้

ข้อ ๔ ในระเบียบนี้

"คนพิการ" หมายความว่า คนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

"ผู้สูงอายุ" หมายความว่า ผู้สูงอายุตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ ซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน แต่ยังไม่เข้าเกณฑ์เป็นคนพิการ โดยอาจมีภาวะบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การสื่อสาร การเคลื่อนไหว จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญาการเรียนรู้ หรือภาวะบกพร่องอื่นใดซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพ

"ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง" หมายความว่า ผู้ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Bathel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่าสิบเอ็ดคะแนนหรือตามเกณฑ์การประเมินที่สำนักงานกำหนด

"คณะกรรมการกองทุน" หมายความว่า คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดปราจีนบุรี

"องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น" หมายความว่า องค์กรบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์กรบริหารส่วนตำบล

"บริการขั้นพื้นฐาน" หมายความว่า บริการขั้นพื้นฐานที่สมควรได้รับเพื่อการดำรงชีพ

/“การปรับ...

"การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย" หมายความว่า การเพิ่มเติม การปรับปรุง การเปลี่ยนแปลง หรือตัดแปลงที่อยู่อาศัยบางส่วนหรือหลายส่วน โดยอาศัยการออกแบบ การซ่อมแซม การก่อสร้าง การใช้เทคโนโลยีหรือวิธีการอื่นใด เพื่อจัดอุปสรรคขั้นพื้นฐานให้คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถดำรงชีวิตในที่อยู่อาศัยนั้นได้อย่างอิสระ สะดวก ปลอดภัย ถูกสุขลักษณะและหลักอนามัย โดยเหมาะสมแก่สถานภาพภายใต้ความพอเพียง

ข้อ ๕ การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยหรือบริการขั้นพื้นฐานให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- (๑) เพื่อป้องกันและลดโอกาสในการเกิดอุบัติเหตุ
- (๒) เพื่อฟื้นฟูสมรรถนะด้านร่างกาย
- (๓) เพื่อลดภาระของคนในครอบครัวหรือผู้ดูแล
- (๔) เพื่อปรับปรุงบ้านให้เหมาะสมแก่การอยู่อาศัย

ข้อ ๖ ในการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยหรือบริการขั้นพื้นฐาน ให้บุคคลดังต่อไปนี้เป็นผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

- (๑) คนพิการ
- (๒) ผู้สูงอายุ
- (๓) ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน
- (๔) ผู้ที่มีภาวะพึ่งพา

ข้อ ๗ ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยหรือบริการขั้นพื้นฐานต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในจังหวัดปราจีนบุรีเป็นเวลาติดต่อกันไม่น้อยกว่าหกเดือนนับถึงวันที่ขอรับการสนับสนุนการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยหรือบริการขั้นพื้นฐาน ยกเว้นกรณีการย้ายเข้ามาอยู่ใหม่ภายหลังเกิดความพิการ

- (๓) เป็นผู้ได้รับการประเมินว่าเป็นบุคคลที่สมควรได้รับการช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพ
 - (๔) เป็นผู้ลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในจังหวัดปราจีนบุรี
 - (๕) เป็นผู้ที่ยังไม่ได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐหรือได้รับแล้วแต่ไม่เพียงพอ
- ทั้งนี้ การพิจารณาคุณสมบัติตามวรรคหนึ่ง ให้คำนึงถึงสภาพบุคคล ความยากลำบากในการดำรงชีพ ความปลอดภัยในการดำรงชีวิตประจำวัน และการใช้ประโยชน์จากที่อยู่อาศัยเป็นสำคัญ

ข้อ ๘ หน่วยงานดังต่อไปนี้ สามารถขอรับการสนับสนุนเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยหรือบริการขั้นพื้นฐานให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

- (๑) องค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี
- (๒) เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดปราจีนบุรี

ข้อ ๙ รายการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย เพื่อให้ที่อยู่อาศัยมีสภาพมั่นคงแข็งแรง ปลอดภัย และสะดวกต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย

- (๑) ทางลาด ทางเดินภายในอาคารหรือบ้าน
- (๒) ห้องน้ำ ห้องสุขา เช่น ราวจับอุปกรณ์พยุงตัว วัสดุปูพื้นกันลื่น สุขภัณฑ์และอุปกรณ์ที่ถูกสุขอนามัย แสงสว่าง ระบบระบายอากาศ ระบบการระบายน้ำ
- (๓) บันได เช่น การติดตั้งราวจับพยุงตัวที่แข็งแรง ราวกันตก จมูกกับอื่น การขยายชั้นลูกนอน การปรับลดระยะชั้นลูกนอนไม่ให้ชันและสูงเกินไป การปรับบานพัก
- (๔) ห้องนอน ห้องครัว ห้องนั่งเล่น ห้องอาหาร เช่น ราวจับอุปกรณ์พยุงตัว วัสดุปูพื้นกันลื่น สุขภัณฑ์และอุปกรณ์ที่ถูกสุขอนามัย แสงสว่าง หรือสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต
- (๕) ประตู ต้องมีขนาดเหมาะสม และเข้า - ออกได้สะดวก
- (๖) หน้าต่าง ต้องเปิด - ปิดได้ง่าย โดยควรจะสามารถมองเห็นทัศนียภาพภายนอกได้
- (๗) ราวจับ มีความเหมาะสม และไม่กีดขวางทางสัญจร
- (๘) หลังคา ผนัง พื้น ระเบียง ทางเดิน ทางเชื่อม ทางลาดต่าง ๆ ของอาคารหรือบ้าน ต้องมีความเหมาะสมและปลอดภัย

(๙) รายการอื่น ๆ ที่จำเป็นโดยต้องคำนึงถึงความมั่นคงแข็งแรง ปลอดภัย และสะดวกต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นสำคัญ

ข้อ ๑๐ เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่สนับสนุนการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยหรือบริการขั้นพื้นฐาน ให้เป็นไปตามสภาพความเป็นจริงและความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ โดยกำหนดวงเงินหลังคาเรือนละไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท

กรณีจำเป็นเพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น ให้เป็นดุลยพินิจของคณะกรรมการกองทุนในการพิจารณาการสนับสนุน โดยวงเงินไม่เกิน ๑๔๐,๐๐๐ บาท ต่อหลังคาเรือน

ข้อ ๑๑ หลักฐานประกอบการพิจารณาขอรับสิทธิการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ประกอบด้วย

- (๑) แบบคำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยหรือบริการขั้นพื้นฐาน ตามเอกสารแนบท้ายระเบียบฯ ๑
- (๒) สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ
- (๓) สำเนาทะเบียนบ้าน
- (๔) ภาพถ่ายบุคคล และบริเวณที่จะปรับสภาพแวดล้อม
- (๕) แบบประเมินค่าใช้จ่าย (ปร.๔ และ ปร.๕)

(๖) ในกรณีที่ไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัยที่ จะปรับสภาพแวดล้อม ต้องมีหลักฐานการให้ความยินยอมจากผู้ถือกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัยหรือผู้ได้รับอำนาจจากผู้ถือกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย ตามเอกสารแนบท้ายระเบียบฯ ๒ พร้อมทั้งสำเนาบัตรประชาชนของผู้ถือกรรมสิทธิ์

(๗) แบบประเมินสมรรถนะคนพิการหรือบุคคลที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามเอกสารแนบท้ายระเบียบฯ ๓

(๘) กรณีเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ต้องมีการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Bathel ADL index) ด้วย

ข้อ ๑๒ ขั้นตอนการขอรับการสนับสนุน มีดังนี้

(๑) ผู้นำชุมชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่นั้น ๆ ดำเนินการสำรวจและประเมินเบื้องต้น

(๒) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดปราจีนบุรีรวบรวมข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย และจัดทำเป็นโครงการ พร้อมแนบเอกสารประกอบการขอรับสิทธิการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ส่งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดปราจีนบุรี

(๓) ฝ่ายเลขานุการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดปราจีนบุรีรวบรวมโครงการแล้วส่งให้คณะอนุกรรมการด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อพิจารณาถ่วงถ่วงและเสนอต่อคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดปราจีนบุรี

(๔) คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดปราจีนบุรีพิจารณาให้ความเห็นชอบและอนุมัติโครงการ

(๕) ฝ่ายเลขานุการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดปราจีนบุรีแจ้งผลการพิจารณาให้หน่วยงานเจ้าของโครงการทราบ พร้อมทำบันทึกข้อตกลง

(๖) กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดปราจีนบุรีดำเนินการเบิกจ่ายเงินสนับสนุนโครงการแก่หน่วยงานเจ้าของโครงการ โดยวิธีปฏิบัติการรับเงิน การจ่ายเงิน และการรายงานทางการเงินให้เป็นไปตามคู่มือปฏิบัติงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด ตามคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๒

ข้อ ๑๓ หน่วยงานเจ้าของโครงการดำเนินโครงการตามวัตถุประสงค์ โดยให้เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรือหนังสือสั่งการที่หน่วยงานนั้น ๆ ถือปฏิบัติ

ข้อ ๑๔ หน่วยงานเจ้าของโครงการต้องรายงานผลการดำเนินงานต่อประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดปราจีนบุรี ภายใน ๓๐ วัน นับจากวันที่สิ้นสุดโครงการ ทั้งนี้ การรายงานผลการดำเนินงานโครงการให้ทำเป็นรูปเล่ม และไฟล์ข้อมูล พร้อมทั้งภาพกิจกรรม

ข้อ ๑๕ กรณีที่ไม่สามารถดำเนินการได้ทันตามกำหนดระยะเวลาของโครงการ ให้ผู้รับผิดชอบโครงการแจ้งขอขยายระยะเวลาดำเนินโครงการเป็นหนังสือพร้อมเหตุผลความจำเป็นต่อประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดปราจีนบุรี ไม่น้อยกว่า ๑๕ วัน ก่อนวันสิ้นสุดโครงการ

-๕-

ให้ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดปราจีนบุรีมีอำนาจพิจารณาอนุญาต
ขยายระยะเวลาดำเนินการได้ไม่เกิน ๖๐ วัน นับจากวันสิ้นสุดโครงการ แล้วรายงานต่อที่ประชุมคณะกรรมการ
กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดปราจีนบุรี ทั้งนี้ การขอขยายระยะเวลาดำเนินการได้เพียงครั้งเดียว

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๕

สุนทร วิลาวัลย์
(นายสุนทร วิลาวัลย์)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี
ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดปราจีนบุรี



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง ราชการ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการในกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด

พ.ศ. ๒๕๖๒

โดยที่เป็นการสมควรให้มีราชการ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการสนับสนุนค่าใช้จ่าย สำหรับการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการในกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ วรรคหนึ่ง และมาตรา ๓๖ (๒) แห่งพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบข้อ ๙ (๑) (ก) แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๒ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ราชการ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการจัดหา อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการในกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๒”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“กองทุน” หมายความว่า กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด

“หน่วยจัดบริการ” หมายความว่า หน่วยบริการในพื้นที่ หรือองค์การบริหารส่วนจังหวัด แล้วแต่กรณี

ข้อ ๔ ให้หน่วยจัดบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน ในการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้แก่ผู้มีสิทธิในชุมชน ตามรายการ และอัตราค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) บริการกายภาพบำบัด จ่ายอัตรา ๑๕๐ บาท ต่อครั้ง ต่อคน

(๒) บริการกิจกรรมบำบัด จ่ายอัตรา ๑๕๐ บาท ต่อครั้ง ต่อคน หรือกรณีจัดกิจกรรมบำบัด เป็นกลุ่ม ๆ ละ ๗ ถึง ๑๒ คน จ่ายอัตรา ๗๕ บาท ต่อคน

ข้อ ๕ ให้หน่วยจัดบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน ในการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วย ความพิการ ตามรายการดังต่อไปนี้

(๑) ไม้ค้ำยันรักแร้แบบอลูมิเนียม

(๒) ไม้เท้าอลูมิเนียมแบบสามขา

- (๓) ไม่เหมาะสำหรับคนตาบอดพับได้
 - (๔) ไม่ค้ำยันรักแร้แบบไม้
 - (๕) รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้
 - (๖) รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับไม่ได้
 - (๗) เบาะรองนั่งสำหรับคนพิการ
 - (๘) รถสามล้อโยกมาตรฐานสำหรับคนพิการ
 - (๙) แผ่นรองตัวสำหรับผู้ป่วยอัมพาตหรือที่นอนลม
- หลักเกณฑ์ และอัตราค่าใช้จ่าย ให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๖ การฝึกใช้อุปกรณ์เพื่อสนับสนุนการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการมองเห็นด้านการทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation & Mobility : O&M) มีหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราค่าใช้จ่าย ดังนี้

(๑) หน่วยจัดบริการต้องมีครูฝึกทักษะ O&M ที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรครูฝึกพื้นฐาน (O&M Instructor) จำนวนไม่น้อยกว่า ๒๐๐ ชั่วโมง หรือประมาณ ๖ ถึง ๘ สัปดาห์ จากวิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล หรือหน่วยงานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดเพิ่มเติม

(๒) รูปแบบการให้บริการ ให้จัดบริการได้เป็น ๒ รูปแบบ

(ก) กรณีการจัดบริการรายกลุ่ม ๆ ละ ๕ ถึง ๑๕ คน อัตราส่วนของครูฝึก ๑ คน ต่อผู้เข้ารับบริการฝึก ๕ คน ระยะเวลาการฝึกอบรมรายกลุ่ม เฉลี่ย ๑๒๐ ชั่วโมงต่อคน โดยจะให้บริการ วันละไม่เกิน ๖ ชั่วโมง สัปดาห์ละไม่เกิน ๖ วัน

(ข) กรณีการจัดบริการรายบุคคล หากผู้พิการทางการมองเห็นรายนั้นไม่พร้อมเข้ารับการฝึกอบรมเป็นกลุ่ม สามารถจัดส่งครูฝึกไปให้บริการที่บ้านได้ ระยะเวลาการฝึกอบรม ๘๐ ถึง ๑๒๐ ชั่วโมง

(๓) ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเป็นผู้พิการทางการมองเห็น ที่มีอายุตั้งแต่ ๖ ปีขึ้นไป ทั้งที่เป็นผู้พิการตั้งแต่กำเนิด หรือภายหลัง กรณีผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน ๖๐ ปีขึ้นไป ให้เน้นผู้ที่สามารถเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันได้

(๔) จัดให้มีบริการ หรือส่งต่อการตรวจสุขภาพตา เพื่อประเมินความสามารถในการมองเห็น กำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่คาดหวังรายบุคคล และมีการบันทึกกิจกรรมเป็นลายลักษณ์อักษร เก็บหลักฐานเพื่อรองรับการตรวจสอบ

(๕) อัตราค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ๘,๐๐๐ บาท ต่อหนึ่งคน (หนึ่งคนเข้ารับการอบรมได้เพียงหลักสูตรเดียว)

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๒



(นายศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารแนบท้าย

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการสนับสนุน
 ค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการในกองทุน
 ฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๒
 ลงวันที่ ๑๑ ตุลาคม ๒๕๖๒

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคาไม่เกิน
๑	๘๗๐๖	ไม้ค้ำยันรักแร้แบบอลูมิเนียม ลักษณะ : ไม้ค้ำยันความสูงจากระดับรักแร้ถึงพื้นส่วนค้ำยันทำจาก อลูมิเนียม ความหนาของอลูมิเนียมไม่ต่ำกว่า ๑.๒ มม. มีที่มือจับอยู่ระหว่าง กลาง มีลูกยางกันลื่น ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่สามารถเดินได้แต่มีข้อห้ามในการลงน้ำหนัก ที่ขาข้างใดข้างหนึ่ง หรือมีอาการขาอ่อนแรง หรือมีการทรงตัวขณะเดินไม่ดี อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	คู่ละ	๖๕๐
๒	๘๗๐๗	ไม้เท้าอลูมิเนียมแบบสามขา ลักษณะ : ไม้ค้ำยันความสูงจากระดับรักแร้ถึงพื้นส่วนค้ำยันทำจาก อลูมิเนียม ความหนาของอลูมิเนียมไม่ต่ำกว่า 1.2 มม. มีที่มือจับอยู่ระหว่าง กลาง มีลูกยางกันลื่น ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่สามารถเดินได้แต่มีข้อห้ามในการลงน้ำหนัก ที่ขาข้างใดข้างหนึ่ง หรือมีอาการขาอ่อนแรง หรือมีการทรงตัวขณะเดินไม่ดี อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	อันละ	๖๐๐
๓	๘๗๐๘	ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้ ลักษณะ : ไม้เท้าก้านยาว ทำจากวัสดุโลหะ อลูมิเนียม หรือสแตนเลส สามารถพับเก็บได้ ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการทางการเห็น อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	อันละ	๕๐๐
๔	๘๗๑๑	ไม้ค้ำยันรักแร้แบบไม้ ลักษณะ : ไม้ค้ำยันความสูงจากระดับรักแร้ถึงพื้นส่วนค้ำยันทำจากไม้ มี ที่มือจับอยู่ระหว่างกลางมีลูกยางกันลื่น ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่สามารถเดินได้แต่มีข้อห้ามในการลงน้ำหนัก ที่ขาข้างใดข้างหนึ่งหรือมีอาการขาอ่อนแรง หรือมีการทรงตัวขณะเดินไม่ดี อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	คู่ละ	๓๕๐

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคาไม่เก็บ
๕	๘๙๐๑	รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้ ลักษณะ : เป็นอุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนที่ด้วยล้อ มีโครงสร้างหลักผลิตจากโลหะสแตนเลส อลูมิเนียม อัลลอยด์หรือโลหะอื่นที่ผ่านกระบวนการชุบหรือพ่นสี สามารถพับเก็บได้และสามารถปรับส่วนต่างๆ ให้เข้ากับขนาดร่างกายของผู้ใช้งานได้ ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการ โดยรถนั่งคนพิการที่ได้ต้องปรับให้เหมาะสมกับความพิการนั้น อายุการใช้งาน : ๓ ปี	คันละ	๖,๖๐๐ ราคานี้รวม ค่าบริการซ่อม บำรุงพื้นฐาน และวัสดุตาม อายุการใช้งาน
๖	๘๙๐๒	รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับไม่ได้ ลักษณะ : เป็นอุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนที่ด้วยล้อ มีโครงสร้างหลักผลิตจากโลหะสแตนเลส อลูมิเนียม อัลลอยด์หรือโลหะอื่น ที่ผ่านกระบวนการชุบหรือพ่นสี สามารถพับเก็บได้ ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่ไม่สามารถเดินได้ อายุการใช้งาน : ๓ ปี	คันละ	๔,๕๐๐ ราคานี้รวม ค่าบริการซ่อม บำรุงพื้นฐาน และวัสดุตาม อายุการใช้งาน
๗	๘๙๐๓	เบาะรองนั่งสำหรับคนพิการ ลักษณะ : ทำจากวัสดุที่มีคุณสมบัติไม่ต่ำกว่า polyurethane foam, gel cushion, water cushion, หรือชนิด air cushion ที่มีลักษณะนุ่มสามารถกระจายน้ำหนัก ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับคนพิการที่ต้องนั่งรถนั่งคนพิการแต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง อายุการใช้งาน : ๑ ปี	อันละ	๘๐๐
๘	๘๙๐๔	รถสามล้อโยกมาตรฐานสำหรับคนพิการ ลักษณะ : เป็นอุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนที่ในระยะไกล โครงสร้างหลักทำด้วยเหล็กชุบสี หรือโลหะอื่นที่มีความแข็งแรงมั่นคง ขับเคลื่อนโดยการควบคุมก้านโยก ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่ทรงตัวในท่านั่งได้ดีแขน 2 ข้างปกติ และสามารถออกนอกบ้านเพื่อการเข้าสู่สังคมหรือประกอบอาชีพ อายุการใช้งาน : ๓ ปี	คันละ	๖,๐๐๐ ราคานี้รวม ค่าบริการซ่อม บำรุงพื้นฐาน และวัสดุตาม อายุการใช้งาน
๙	๙๐๐๑	แผ่นรองตัวสำหรับผู้ป่วยอัมพาตหรือที่นอนลม ลักษณะ : เป็นแผ่นสำหรับรองบนที่นอน ทำจากวัสดุที่มีคุณสมบัติไม่ต่ำกว่า polyurethane foam, gel, water, air สามารถกระจายแรงกดทับได้ดี และสามารถรองรับร่างกายผู้ใช้งานได้ ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการระดับรุนแรง หรือนอนติดเตียงไม่สามารถพลิกตัวเพื่อเปลี่ยนท่านอนเองได้และมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	อันละ	๑,๐๐๐

ตัวอย่างโครงการ

ภายใต้การบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด

ต่อไปนี้เป็นตัวอย่างโครงการศูนย์สาธิต ยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน สำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในกึ่งระยะเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และตัวอย่างโครงการการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย เพื่อขอรับการสนับสนุนจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งนี้ องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถปรับโครงการให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

ตัวอย่าง

โครงการขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

โครงการ.....

1. หลักการและเหตุผล (สาเหตุและความจำเป็นต้องมีโครงการ)

.....
.....

2. วัตถุประสงค์ของโครงการ (แสดงความต้องการให้เกิดอะไรเพื่อประโยชน์ของประชาชนในจังหวัดที่ขอรับ
เงินกองทุนฟื้นฟู สมรรถภาพ)

1.
2.
3.
4.

3. เป้าหมายของโครงการ (เป็นการคาดหวังล่วงหน้าในเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพถึงผลที่ประชาชนในจังหวัดที่
ขอรับ เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพได้รับ)

1.
2.
3.
4.

4. วิธีดำเนินการ (การให้รายละเอียดในการดำเนินการ ทำอย่างไรเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลซึ่ง
รวมถึงระเบียบ ข้อบังคับ หลักเกณฑ์ หรือวิธีปฏิบัติในการใช้จ่ายเงิน)

.....
.....

5. ระยะเวลาในการดำเนินการ (ควรมีระยะเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดของโครงการ)

.....
.....

6. สถานที่ดำเนินการ (ควรรระบุสถานที่ให้ชัดเจน)

.....
.....

7. ผู้รับผิดชอบโครงการ (ผู้ใดหรือหน่วยงานใดเป็นผู้รับผิดชอบ)

.....
.....

8. งบประมาณ

8.1 ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจาก กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัด.....จำนวนเงิน

.....บาท (.....)

รายละเอียดประมาณการค่าใช้จ่ายปรากฏตามเอกสารแนบท้าย

9. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการนี้ (ก่อให้เกิดประโยชน์กับประชาชนในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่
ขอรับ เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ อย่างไร)

1.
2.
3.
4.

ลงชื่อ.....ผู้เสนอโครงการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

(ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ)

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบโครงการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

(ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ)

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติโครงการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

(ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ)

หมายเหตุ ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจะต้องเขียนโครงการให้ละเอียดเพื่อให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพพิจารณาว่า เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. 2562

ตัวอย่างโครงการที่ 1

ชื่อโครงการ : โครงการศูนย์สาธิตและยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน ประจำปีงบประมาณ

โรงพยาบาล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

1. หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพของประชากรในประเทศไทยเปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นผล จากการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ชีวิตประจำวันของประชาชนใน สังคมไทย ประกอบกับ การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมักตามมาด้วย โรคหลอดเลือดสมอง อาการอัมพฤกษ์หรืออัมพาต ทำให้มีความพิการตามมา

จากการศึกษาข้อมูลย้อนกลับและแนวทางการดูแลสุขภาพระยะยาว (Long Term Care) ของจังหวัด พบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายในปี ๒๕๕๘ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑.๒ ของจำนวนประชากรทั้งหมด ยังไม่รวมถึงผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้อื่นในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ผู้มีภาวะพึ่งพิง คนพิการ ผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพ อัน เนื่องมาจากการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจาก อุบัติเหตุ ซึ่งกลุ่มผู้ที่มีภาวะเหล่านี้มีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการ สาธารณสุข ขณะเดียวกันก็มีปัญหาในการดำรงชีวิตทั้งด้าน เศรษฐกิจและสังคม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการ การดูแลสุขภาพต่อเนื่องในระยะยาวโดยเฉพาะการเข้าถึงบริการด้าน อุปกรณ์ทางการแพทย์ เนื่องจากมีต้นทุนสูงในการ เข้าถึงบริการและความยุ่งยากที่จะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาโรงพยาบาลบ่อยครั้ง โดยเฉพาะในเขตชนบทที่ไม่มียานพาหนะ ของตนเอง หรือแม้แต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอเมือง.....ก็ยังไม่ เข้าถึงบริการได้น้อย ปัญหาสำคัญ จากการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงและดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่เกี่ยวกับกายอุปกรณ์และเครื่องช่วย ความพิการ มีสาเหตุ ปัจจัยดังนี้

1. ความเจริญทางการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีชีวิตรอดเพิ่มขึ้น แต่ก็กลายเป็นผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง มากขึ้น เช่นกัน
2. โรงพยาบาลเน้นการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน แต่ยังขาดการดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันหรือผู้ป่วย Subacute ใน ชุมชน
3. ระบบบริการปฐมภูมิมีข้อจำกัดด้านบุคลากรทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพมีปัญหาด้านอุปกรณ์ทาง การแพทย์ เมื่อ กลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รวมทั้งขาดการเชื่อมโยงข้อมูลในการดูแลต่อเนื่อง

ปัจจุบันบริบทของอำเภอ.....จังหวัด.....เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างปีงบประมาณ 2560 กับ ปีงบประมาณ 2561 มีคนพิการเพิ่มขึ้นจำนวน..... คน ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจำนวนคน และมี ผู้ป่วยหลอดเลือด สมองรายใหม่เพิ่มขึ้นจำนวน.....คน และอาจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้ จำเป็นต้องได้รับอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ แต่เนื่องจากเป็นอุปกรณ์ที่มีราคาแพงประกอบกับผู้ดูแลต้องมีความรู้ เกี่ยวกับการใช้งานที่ถูกต้อง และ โรงพยาบาล.....เคยได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานศูนย์ สาธิตและยืมอุปกรณ์ฯแล้ว จำนวนบาท แต่พบว่ายังไม่เพียงพอกับความต้องการ ดังนั้น โรง พยาบาล.....จึงจัดทำโครงการศูนย์สาธิตและ ยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน ประจำปี งบประมาณ 2562 เพื่อขอรับงบประมาณสนับสนุนในการ จัดซื้ออุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการเพิ่มเติม และให้คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถเข้าถึงบริการ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของหน่วยบริการให้สามารถจัดบริการและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้ครอบคลุมและตอบสนองต่อความจำเป็นของคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะ ฟังฟัง ได้ อย่างทั่วถึงและครอบคลุม
2. เพื่อให้บริการสาธิตและยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการกับกลุ่มเป้าหมาย ให้สามารถใช้ฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้านได้
3. เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวผู้ป่วย

3. กลุ่มเป้าหมาย

คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่อยู่ในกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะฟังฟัง ที่มีฐานะยากจน ด้อยโอกาส และแพทย์วินิจฉัยว่าจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้าน

4. วิธีการดำเนินงาน

1. สำรวจจำนวนคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะฟังฟัง ในเขตอำเภอ และประเมินภาวะความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยฯ
2. จัดทำโครงการเสนอกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัด.....
4. ดำเนินการจัดซื้ออุปกรณ์ฯให้ถูกต้องตามระเบียบ
5. จัดทำทะเบียนคุมอุปกรณ์ฯ
6. ให้บริการกลุ่มเป้าหมาย ติดตามเยี่ยมบ้าน ในกรณีผู้รับบริการเสียชีวิต หรือไม่มีความจำเป็น ต้องใช้อุปกรณ์ ให้ญาติ หรือผู้ดูแลส่งคืนอุปกรณ์
7. รายงานผลการดำเนินงานให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด.....ทราบ

5. งบประมาณ

ขอรับการสนับสนุนจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นเพื่อสุขภาพจังหวัด..... เป็นเงินจำนวนบาท (.....บาทถ้วน) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- 1.....จำนวน รายการ X 0000 บาท เป็นเงินบาท
 - 2.....จำนวน รายการ X 0000 บาท เป็นเงินบาท
 - 3.....จำนวน รายการ X 0000 บาท เป็นเงินบาท
 - 4.....จำนวน รายการ X 0000 บาท เป็นเงินบาท
- รวมเป็นเงินทั้งสิ้นบาท (.....บาทถ้วน)

6. สถานที่ดำเนินการ

ศูนย์สาธิตและยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน โรงพยาบาล.....อำเภอจังหวัด.....

7. ระยะเวลาดำเนินการ

ตั้งแต่ปีงบประมาณ เป็นต้นไป

8. ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์

1. หน่วยบริการมีการให้บริการสาธิตและยืมอุปกรณ์ฯ มีห้องเก็บรักษาอุปกรณ์ และมีการประชาสัมพันธ์ อย่างทั่วถึง
2. กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการเพิ่มขึ้น
3. กลุ่มเป้าหมายที่ใช้บริการศูนย์สาธิตและยืมอุปกรณ์ฯ มีคุณภาพชีวิตที่ดี

9. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. หน่วยบริการได้พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน ลดความแออัดในโรงพยาบาล
2. กลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึงบริการยืมกายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์ที่เกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้าน
3. ผู้ใช้บริการมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน สามารถฟื้นฟูร่างกายและจิตใจ ส่งผลต่อสุขภาพหรือการบำบัดรักษา ลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวผู้ป่วย

10. ผู้รับผิดชอบโครงการ

ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง:.....

สถานที่ติดต่อ : กลุ่มงานชื่อหน่วยบริการ.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

โทรศัพท์: มือถือ: E-mail:

ผู้เสนอโครงการ

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ผู้เห็นชอบโครงการ

(.....)

อนุกรรมการด้านการแพทย์และกายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัด.....

ตัวอย่าง

แบบคำร้องขอรับบริการยืมอุปกรณ์

ศูนย์สาริตและยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน โรงพยาบาล.....

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี อากาป่วย
.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ
..... ขอแจ้งความประสงค์ขอยืมอุปกรณ์..... หาก
โรงพยาบาลมี อุปกรณ์ดังกล่าวให้ยืมได้สามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่เบอร์.....

(ลงชื่อ).....ผู้ยืม

(.....)

ว/ด/ป.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับเรื่อง

(.....)

ว/ด/ป.....

ตัวอย่างโครงการที่ 2

โครงการ ปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี.....

หลักการและเหตุผล

ตามที่ ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์การ ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. 2562 ลงวันที่ 10 พฤษภาคม 2562 ข้อ 9 (2) (ค) เพื่อสนับสนุนการดำเนินการ จัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐานเพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น ประกอบกับพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 มาตรา 20 คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวก สดวกอันเป็นสาธารณะตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ (10) การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การ มีผู้ช่วยคนพิการ หรือการจัดให้มีสวัสดิการอื่นตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ และระเบียบ คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ และวิธีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่ อาศัยให้แก่คนพิการ การมีผู้ช่วยคนพิการ การช่วยเหลือคนพิการที่ไม่มีผู้ดูแล และสิทธิของผู้ดูแลคนพิการ พ.ศ. 2552 ได้กำหนดแนวทางการคุ้มครองสิทธิคนพิการ เกี่ยวกับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ ไว้ว่า การปรับ สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ โดยการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงหรือดัดแปลงที่อยู่อาศัยบางส่วนหรือทั้งหมด เพื่อขจัดอุปสรรคหรือจัดให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตในที่อยู่อาศัยนั้นได้โดยสะดวกและเหมาะสมกับสภาพความพิการ รวมถึงความปลอดภัยและสุขอนามัย

เพื่อให้การช่วยเหลือ ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้รับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่ อาศัยที่มีความเหมาะสม สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ องค์การบริหารส่วนตำบล..... จึงได้จัดทำ โครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อดำเนินการปรับสภาพบ้านและที่อยู่อาศัยสำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้เข้าถึง และใช้ประโยชน์ได้
- 1.2 เพื่อลดความเสี่ยงของอันตรายที่จะเกิดขึ้น และป้องกันความพิการซ้ำซ้อน
- 1.3 เพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้รับการฟื้นฟูอย่างถูกต้อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถ ดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ ไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่นหรือเป็นภาระน้อยที่สุด

2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย

คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

3. วิธีการดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม

3.1 ประชาสัมพันธ์การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการฯ ให้ส่วนราชการในพื้นที่ทราบ เพื่อ เสนอโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการฯ ในการขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฟื้นฟู สมรรถภาพ ระดับจังหวัด

3.2 เสนอโครงการผ่านคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพพิจารณาอนุมัติโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่ อยู่อาศัย สำหรับ ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และออกเยี่ยมบ้านและสอบถามเท็จจริงกลุ่มเป้าหมาย เพื่อพิจารณา กลุ่มเป้าหมายให้ เป็นไปตามประกาศหลักเกณฑ์ของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ และเมื่อพิจารณาแล้วให้สรุปรวบรวมส่ง กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ (อาจแนบรายงานการประชุมคณะทำงานฯ)

3.3 กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ แจ้งผลการพิจารณาอนุมัติเพื่อทำข้อตกลงดำเนินงานร่วมกัน และเบิกจ่าย งบประมาณให้ ส่วนราชการในพื้นที่เพื่อดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ต่อไป

3.4 ดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามระเบียบฯ และ รายงานผลการ ดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ต่อกองทุนฟื้นฟู สมรรถภาพ ระดับจังหวัดภายในระยะเวลาที่กำหนดตามข้อตกลง

รายละเอียดกิจกรรม

1.ห้องน้ำและห้องอาบน้ำ เช่น ติดตั้งราวจับอุปกรณ์พยุงตัว วัสดุปูพื้นและปรับระดับพื้นเรียบ ไม่ลื่น ปรับเปลี่ยนสุขภัณฑ์ และอุปกรณ์ที่ถูกสุขอนามัย ปรับแสงสว่างและการระบายอากาศระบบสุขาภิบาลและการระบายน้ำ ที่ดี

2.บันได ติดตั้งราวจับพยุงตัวที่แข็งแรง ราวกันตก จมูกกันลื่น ขยายชั้นลูกนอน และปรับลดระยะขั้นลูก ตั้งไม้ให้ชันและ ตั้งเกินไป และปรับชานพัก

3.ทางเดินภายในบ้าน ห้องนอน เติงนอน พื้นที่พักผ่อน ห้องครัว ห้องอาหารภายในอาคารโดยติดตั้ง ราวจับอุปกรณ์ พยุงตัวที่แข็งแรงในพื้นที่ที่ใช้งานบ่อย วัสดุปูพื้นและปรับระดับพื้นเรียบไม่ลื่น แสงสว่างและการระบาย อากาศ การจัดเก็บสิ่งของ เครื่องใช้ต่างๆ ให้เข้าที่ และติดตั้งผลิตภัณฑ์และสิ่งอำนวยความสะดวก มือจับ เติงที่ห้อย ชาลูกเองได้

4.หลังคา ชานบ้าน สวน ทางเดินรอบบ้าน ภายนอกอาคาร เช่น การปรับปรุงทางเดิน ทางลาด ราวจับ เติง และที่จอดรถ

5.รายละเอียดอื่นๆ เพื่อให้ที่อยู่อาศัยมีความมั่นคงแข็งแรงและปลอดภัย

แผนการดำเนินงาน/แผนการใช้จ่ายงบประมาณ

กิจกรรม เป้าหมายการดำเนินงาน แผนการดำเนินงาน

ไตรมาส 1 (ต.ค.-ธ.ค.)

ไตรมาส 2 (ม.ค.-มี.ค.)

ไตรมาส 3 (เม.ย.-มิ.ย.)

ไตรมาส 4 (ก.ค.-ก.ย.)

โครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประจำปี 2563 จำนวนบ้าน.... หลัง / / /

จำนวนเงิน.....บาท

4. ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... - วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. งบประมาณ

จากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด..... จำนวนทั้งสิ้น.....บาท (.....) เพื่อเป็น ค่าใช้จ่ายดังนี้.....(ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการ ดำเนินงาน/กิจกรรม ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ).....

6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ

อบจ. อปท. สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้สูงอายุ หรือองค์กรอื่น ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหาร จัดการกองทุนฟื้นฟู สมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. 2562 ข้อ 9 (2)

7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 7.1 ลดความเสี่ยงของอันตรายที่จะเกิดขึ้น และป้องกันความพิการซ้ำซ้อน
- 7.2 กลุ่มเป้าหมายตระหนักถึงความสามารถที่เหลืออยู่ และรู้คุณค่าของตนเอง
- 7.3 กลุ่มเป้าหมายสามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น หรือเป็นภาระน้อยที่สุด

ผู้เสนอโครงการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้ตรวจสอบโครงการ

(.....)

ผู้อำนวยการกองส่งเสริมคุณภาพชีวิต

ผู้เห็นชอบโครงการ

(.....)

ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด.....

กรรมการ/เลขานุการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด.....

ผู้อนุมัติโครงการ

(.....)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด

ประธานกรรมการบริหารกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด.....

ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ

รายงานผลการดำเนินงาน โครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ
ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	ที่อยู่	รายการปรับสภาพแวดล้อม	ค่าใช้จ่าย(บาท)
1			-ห้องน้ำและห้องอาบน้ำ -บันได ติดตั้งราวจับ -ทางเดินภายในบ้าน ห้องนอน เตียงนอน -หลังคา ซานบ้าน สวน ทางเดินรอบบ้าน ภายนอก อาคาร	
2				
3				
4				
รวม	 หลัง	 บาท

ตัวอย่าง

เอกสารหลักฐานประกอบ

1. แบบคำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย (กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกช่อง) จำนวน 1 ชุด
2. รายงานการประชุมคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 1 ชุด
3. แบบประเมินการปรับสภาพแวดล้อม จำนวน 1 ชุด
4. แบบคำขอปรับสภาพแวดล้อม จำนวน 1 ชุด
5. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน 1 ชุด
6. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ถ้ามี) จำนวน 1 ชุด
7. สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ จำนวน 1 ชุด
8. ภาพถ่ายสภาพบ้านหรือบริเวณที่จะดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย จำนวน 1 ชุด
9. หนังสือให้ความยินยอมในการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย จากเจ้าของกรรมสิทธิ์ที่ดิน พร้อมแนบ สำเนา ทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน รับรองสำเนา อย่างละ 1 ชุด (** กรณีเจ้าของที่ดินเสียชีวิต และยังไม่มีการโอน แบ่ง ที่ดินหรือแต่งตั้งผู้จัดการมรดก ให้บุตรทุกคน ภรรยา/สามีเจ้าที่ดิน เช่นในหนังสือยินยอม พร้อมแนบเอกสารทุกคน หากบุตร/ ภรรยา/สามีคนใดเสียชีวิตแล้วก็ให้แนบสำเนาใบมรณะบัตรด้วย)

ตัวอย่าง

แบบประเมินการปรับสภาพแวดล้อมสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ

ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ประวัติส่วนบุคคลของผู้รับการประเมิน

1. วันที่ออกประเมิน
2. คำนำหน้าชื่อ (ด.ช./ต.ญ./นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....
3. เลขที่บัตรประชาชน ---- กรณีไม่มีเนื่องจาก.....
4. วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง
5. สถานภาพ โสด สมรสอยู่ด้วยกัน สมรสแยกกันอยู่
หย่าร้าง ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)
6. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
ชื่อสถานที่..... รหัสประจำบ้าน - -
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
เบอร์โทรศัพท์..... เบอร์ต่อ..... โทรสาร.....

7. ที่อยู่ปัจจุบัน

- ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียน จำนวนผู้อยู่อาศัย.....คน
(กรณีเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ให้ทำเครื่องหมาย / ใน และข้ามไปกรอกข้อ 8)
ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน..... รหัสประจำบ้าน - -
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... อบต. /เทศบาล.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์..... โทรสาร.....

8. ลักษณะที่อยู่อาศัย บ้านตนเอง อาศัยผู้อื่นอยู่ บ้านเช่า อยู่กับผู้จ้าง ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง
ชั้นเดียว สองชั้น ผู้พิการ/ผู้สูงอายุพักชั้น.....
9. ลักษณะห้องน้ำ ราวจับ มี ไม่มี ชักโครก ส้วมซึม ผ้าอ้อม อื่นๆ

สภาพที่อยู่อาศัยและความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง

- พื้นบ้าน / หลังคา / บันได
 ฝาบ้าน / ห้องนอน / ประตู / หน้าต่าง / ระบบไฟฟ้า (สวิตช์ไฟฟ้า / ปลั๊กไฟ / สายไฟ)
 ห้องน้ำ / ห้องสุขา
 ระเบียง / ชานบ้าน
 อื่นๆ (ระบุ).....
10. ประเภทผู้ประสบปัญหา
 ผู้พิการ ประเภทของความพิการ.....
 จดทะเบียนคนพิการ เลขบัตรประจำตัวคนพิการ..... ระดับความพิการ.....
 ไม่ได้จดทะเบียนคนพิการ

- ผู้สูงอายุ
- ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน
- ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

11. ระดับการศึกษา

- ไม่ได้รับการศึกษา/ไม่จบชั้นประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น
- มัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช./เทียบเท่า ปวส. / อนุปริญญา / เทียบเท่า
- ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี อื่น (ระบุ).....

12. อาชีพ

- ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน นักเรียน/นักศึกษา ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ภิกษุ/สามเณร/แม่ชี
- เกษตรกร (ทำไร่/นา/สวน/เลี้ยงสัตว์/ประมง) รับจ้าง ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ
- พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท อื่นๆ ระบุ.....

13. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท ที่มาของรายได้ ด้วยตนเอง ผู้อื่นให้

14. ชื่อที่สามารถติดต่อได้.....ความเกี่ยวข้อง.....เบอร์โทรศัพท์.....

15. การได้รับความช่วยเหลือ / สวัสดิการ อุปกรณ์ / เครื่องช่วย ที่เคยได้รับ

1.จาก.....จำนวน.....ชิ้น
2.จาก.....จำนวน.....ชิ้น
3.จาก.....จำนวน.....ชิ้น

ความคิดเห็นของคณะทำงานประเมินฯ

.....

ลงชื่อ.....คณะทำงาน ลงชื่อ.....คณะทำงาน
 (.....) (.....)

ลงชื่อ.....คณะทำงาน ลงชื่อ.....คณะทำงาน
 (.....) (.....)

ลงชื่อ.....คณะทำงาน ลงชื่อ.....คณะทำงาน
 (.....) (.....)

ลงชื่อ.....คณะทำงาน ลงชื่อ.....คณะทำงาน
 (.....) (.....)

ลงชื่อ.....คณะทำงาน ลงชื่อ.....คณะทำงาน
 (.....) (.....)

ตัวอย่าง

แบบคำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ
ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ประวัติบุคคล

1. คำนำหน้าชื่อ (ด.ช./ต.ญ./นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....
เชื้อชาติ.....สัญชาติ..... ศาสนา.....
2. เลขที่บัตรประชาชน - - - - กรณีไม่มีเนื่องจาก.....
3. วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง
4. สถานภาพ โสด สมรสอยู่ด้วยกัน สมรสแยกกันอยู่
 หย่าร้าง ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)
5. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
ชื่อสถานที่..... รหัสประจำบ้าน - -
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
เบอร์โทรศัพท์..... เบอร์ต่อ..... โทรสาร.....

6. ที่อยู่ปัจจุบัน

- ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียน จำนวนผู้อยู่อาศัย.....คน
(กรณีเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ให้ทำเครื่องหมาย / ใน และข้ามไปกรอกข้อ 7)
ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน..... รหัสประจำบ้าน - -
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... อบต./เทศบาล.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์..... โทรสาร.....

7. สมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย

ที่	ชื่อ-สกุล	อายุ	เกี่ยวข้องกับ	อาชีพ	รายได้ (บ/ด)	หมายเหตุ

8. ลักษณะที่อยู่อาศัย บ้านตนเอง อาศัยผู้อื่นอยู่ บ้านเช่า อยู่กับผู้จ้าง ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง
สภาพที่อยู่อาศัยปัจจุบัน

9. ประเภทผู้ประสบปัญหา

- ผู้พิการ ประเภทของความพิการ.....
- จดทะเบียนคนพิการ เลขบัตรประจำตัวคนพิการ.....ระดับความพิการ.....
- ไม่ได้จดทะเบียนคนพิการ
- ผู้สูงอายุ
- ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน
- ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

10. ระดับการศึกษา

- ไม่ได้รับการศึกษา/ไม่จบชั้นประถมศึกษา ประถมศึกษา
- มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย
- ปวช./เทียบเท่า ปวส. / อนุปริญญา / เทียบเท่า
- ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
- อื่น (ระบุ).....

11. อาชีพ

- ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน นักเรียน/นักศึกษา ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ฝึกหัด/สามเณร/แม่ชี
- เกษตรกร (ทำไร่/นา/สวน/เลี้ยงสัตว์/ประมง) รับจ้าง ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ
- พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท อื่นๆ ระบุ.....

12. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท ที่มาของรายได้ ด้วยตนเอง ผู้อื่นให้

13. ชื่อที่สามารถติดต่อได้.....ความเกี่ยวข้อง.....เบอร์โทรศัพท์.....

14. การได้รับความช่วยเหลือ / สวัสดิการ อุปกรณ์ / เครื่องช่วย ที่เคยได้รับ

- 1.จาก.....จำนวน.....ชิ้น
- 2.จาก.....จำนวน.....ชิ้น
- 3.จาก.....จำนวน.....ชิ้น

15. สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ เลือกตอบได้ (ตอบได้มากกว่า 1 รายการ)

- ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีรายได้ รู้สึกด้อยกว่าผู้อื่น
- ถูกรังเกียจเหยียดหยาม ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ ครอบครัวหรือผู้อุปการะมีฐานะยากจน
- ไม่มีโอกาสเรียนหนังสือ ไม่ได้รับการฝึกอาชีพ ไม่มีเงินทุนประกอบอาชีพ
- มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู มีความลำบากเมื่อออกนอกบ้าน
- ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนหรือการปรับตัวที่เหมาะสม
- ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน
- เงินไม่พอใช้จ่าย
- ไม่มีคนอุปการะ/ไร้ที่พึ่ง ไม่มีงานทำ ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน
- ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชีวิตประจำวัน

16. ความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง

- พื้นบ้าน / หลังคา / บันได
- ฝ้าบ้าน / ห้องนอน / ประตู / หน้าต่าง / ระบบไฟฟ้า (สวิตซ์ไฟฟ้า / ปลั๊กไฟ / สายไฟ)
- ห้องน้ำ / ห้องสุขา
- ระเบียง / ชานบ้าน
- อื่นๆ (ระบุ).....

การตรวจประเมินการปรับสภาพ

ตรวจประเมินวันที่.....

ชื่อ-นามสกุลเจ้าหน้าที่.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

ลงชื่อ.....ผู้บันทึกข้อมูล (กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ)
(.....)

ความเห็นของผู้ประเมิน (สิ่งที่ควรปรับสภาพที่อยู่อาศัยตามสภาพคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง)

.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (นักกายภาพบำบัดประจำโรงพยาบาล)
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล)
(.....)

ตัวอย่าง

หนังสือให้ความยินยอมในการปรับสภาพแวดล้อม/ปรับปรุง/ซ่อมแซม

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เป็น () เจ้าของบ้าน

หรือ () สมาชิกในครอบครัวที่ได้มอบหมายจากเจ้าของบ้านพักอาศัยเลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....ซึ่งเกี่ยวพันเป็น () บิดา () มารดา () สามี

() ภรรยา () บุตร () หลาน () อื่นๆ (ระบุ).....ของคนพิการ ชื่อ

.....นั้น

ขอทำหนังสือฉบับนี้ไว้เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

1. ข้าพเจ้าและครอบครัวได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของการซ่อมแซม / ปรับปรุงบ้านพักอาศัย ให้แก่คนพิการ ตามโครงการฯ ของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

2. ข้าพเจ้าและครอบครัวที่มีความประสงค์และยินยอมให้มีการซ่อมแซม / ปรับปรุงบ้านพักอาศัย หลังนี้ตาม รายการและระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่กำหนดทุกประการ

3. เพื่อให้การดำเนินการซ่อมแซม / ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยด้วยดี ข้าพเจ้าและ บริวารหรือตัวแทนของข้าพเจ้า ชื่อ.....จะอยู่ร่วมมือร่วมแรงและ ช่วยอำนวยความสะดวกทุกด้านอย่างเต็มกำลังความสามารถแก่คณะทำงานฯ ตลอดระยะเวลาของการ ซ่อมแซม/ ปรับปรุง บ้านพักอาศัยหลังนี้ โดยไม่เรียกร้องค่าตอบแทนใดๆทั้งสิ้น

4. ในกรณีที่มีสาเหตุสุดวิสัยหรือความเสียหายใดๆเกิดขึ้นในระหว่างการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้โดยข้าพเจ้าหรือตัวแทนของข้าพเจ้าได้รับรู้ด้วยแล้ว ข้าพเจ้าและครอบครัวจะไม่เรียกร้อง ค่าเสียหายและสิทธิใดๆทั้งสิ้นจาก กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่อย่างใด

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หมายเหตุ แบบเอกสารประกอบได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของบ้านพักอาศัยและคนพิการในครอบครัว

ตัวอย่าง

แบบรายงานการปรับสภาพแวดล้อม/ปรับปรุง/ซ่อมแซมที่อยู่อาศัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัด.....

ที่	ชื่อ-สกุล/เลข ประจำตัวคนพิการ	อายุ (ปี)	ที่อยู่	ประเภทความ พิการ	รายละเอียดการปรับ สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย	งบประมาณ (บาท)	
						ที่ได้รับ	เบิกจ่าย

***หมายเหตุ หากดำเนินการเสร็จสิ้นแล้วให้รีบดำเนินการรายงานให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัด..... ทราบโดยทันที พร้อมภาพถ่ายการดำเนินงาน ก่อน-หลัง การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย