



**ระเบียบคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี
ว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น
สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ พ.ศ. ๒๕๖๘**

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การดำเนินการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๕ (๓) ของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๕ และประกอบกับมติของคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดลพบุรี ในการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๖๘ วันที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๘ คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรีจึงได้ออกระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี ว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับ ตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก ประกาศกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี เรื่อง กำหนดการดำเนินงานโครงการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ลงวันที่ ๓๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๔ วัตถุประสงค์ในการสนับสนุนการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้น เพื่อให้หน่วยบริการหรือศูนย์บริการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์รวมถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ (ศูนย์ยืม ฯ) โดยขอสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพในการจัดการซ่อมบำรุงรักษาให้คงสภาพพร้อมใช้งาน รวมถึงการเคลื่อนย้ายอุปกรณ์ไปส่งที่บ้านผู้ที่มีความจำเป็น และรับคืนเมื่อหมดความจำเป็น นอกจากการสนับสนุนจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์ยืม ฯ ยังสามารถรับบริจาคอุปกรณ์ทางการแพทย์/อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการจากผู้ที่ไม่ได้ใช้งานแล้วมาปรับปรุงให้พร้อมใช้งานเพื่อให้ยืมต่อไป

ข้อ ๕ การให้ยืม...

ข้อ ๕ การให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้ดำเนินการได้โดยหน่วยงานที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย โดยกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจะสนับสนุนงบประมาณ ตามความจำเป็นและความต้องการของผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อ ๖ หน่วยงานที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย อาจจัดให้มีสถานที่ดำเนินการ ให้ยืมอุปกรณ์ ทางแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีสถานที่ถาวรหรือชั่วคราวสำหรับจัดเก็บ อุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือ เครื่องช่วยความพิการ

ข้อ ๗ หน่วยงานที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย มีความพร้อมในบุคลากรด้านสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่ ด้านสาธารณสุขอื่นใด โดยมีการมอบหมายหรือกำหนดหน้าที่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ รวมถึงการประสานงาน การดำเนินงาน หรือมีการแต่งตั้งคณะกรรมการในการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับผู้มีสิทธิ ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งนี้ การแต่งตั้งคณะกรรมการ ให้แต่งตั้งไม่น้อยกว่า ๕ คน โดยให้มีผู้บังคับบัญชา หน่วยงานนั้น ๆ หรือหัวหน้าหน่วยงานนั้น ๆ ที่ผู้บังคับบัญชามอบหมาย เป็นประธานคณะกรรมการ

ข้อ ๘ หน่วยงานที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย มีความพร้อมด้านงบประมาณในการดำเนินงาน ที่เกี่ยวข้องกับการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ ตามความสมัครใจ (ตัวอย่างเช่น การดำเนินงานด้านสถานที่ การดำเนินงานด้านบุคลากร การดำเนินงาน จัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ งบประมาณในการซ่อมแซม บำรุงรักษาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการกรณี มีการชำรุดและเสียหาย เป็นต้น)

ข้อ ๙ ให้หน่วยงานที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย ดำเนินการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือ เครื่องช่วยความพิการ ตามรายการที่กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี กำหนด และดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุดังกล่าวตามระเบียบของหน่วยงานนั้น ๆ ทั้งนี้ รายการอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือ เครื่องช่วยความพิการ (วัสดุ หรือ ครุภัณฑ์) ที่จัดซื้อ ให้ขึ้นทะเบียนเป็นทรัพย์สินของหน่วยงานนั้น ๆ

ข้อ ๑๐ หน่วยงานที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย ต้องจัดทำขั้นตอนแนวทางการให้ยืมอุปกรณ์ ทางแพทย์ แบบคำขอยืมฯ ทะเบียนคุมอุปกรณ์ฯ รวมถึงประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร ให้ผู้มีสิทธิได้รับ การฟื้นฟูสมรรถภาพทราบ

ข้อ ๑๑ หน่วยงานที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย มีสิทธิขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการซ่อมแซม บำรุงรักษาให้คงสภาพพร้อมใช้งาน รวมถึงการเคลื่อนย้ายอุปกรณ์ไปส่งที่บ้านผู้ที่มีความจำเป็น และรับคืนเมื่อ หมดความจำเป็น โดยให้เป็นไปตามระเบียบนี้

ข้อ ๑๒ หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการเสนอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อการให้ยืม อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้ดำเนินการตามข้อ ๑๓ - ๑๖ ของระเบียบคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี ว่าด้วย หลักเกณฑ์การพิจารณาสนับสนุน งบประมาณของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี พ.ศ. ๒๕๖๘ โดยใช้เอกสารแนบท้ายประกาศนี้เป็นแนวทาง

ข้อ ๑๓ หน่วยงานที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย ต้องรายงานผลการดำเนินงานโครงการ ตามรูปแบบ และระยะเวลาที่กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี กำหนด

ข้อ ๑๔ กรณีหน่วยงาน...

ข้อ ๑๔ กรณีหน่วยงานที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย ได้ดำเนินการตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่ใช้บังคับอยู่ก่อนวันที่ระเบียบนี้ใช้บังคับให้ดำเนินการตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์นั้นต่อไปจนแล้วเสร็จ

ข้อ ๑๕ ให้ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นผู้รักษาการตามระเบียบนี้ ให้มีอำนาจวินิจฉัย ติความ ชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามระเบียบนี้ รวมถึงออกประกาศหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘



(นางอรพิน จิระพันธุ์วานิช)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี

ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี

เอกสารแนบท้าย

ระเบียบคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี ว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข
การให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับผู้จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ พ.ศ. 2568 ข้อ 12

ตัวอย่างโครงการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ ฯ

ชื่อโครงการ : โครงการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้มีสิทธิ ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โรงพยาบาล/หน่วยบริการ/หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด ลพบุรี

1. หลักการและเหตุผล (ตัวอย่าง)

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพของประชากรในประเทศไทยเปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็น
ผลจากการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ชีวิตประจำวัน
ของประชาชนใน สังคมไทย ประกอบกับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
และมักตามมาด้วย โรคหลอดเลือดสมอง อาการอัมพฤกษ์หรืออัมพาต ทำให้มีความพิการตามมา

จากการศึกษาข้อมูลย้อนกลับและแนวทางการดูแลสุขภาพระยะยาว (Long Term Care) ของจังหวัด
ลพบุรี พบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายในปี.....เพิ่มขึ้นร้อยละ.....ของจำนวนประชากร
ทั้งหมด ยังไม่รวมถึงผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงผู้อื่นในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ผู้มีภาวะพึ่งพิง คนพิการ ผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพ
อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ซึ่งกลุ่มผู้มีภาวะเหล่านี้มีความยากลำบากในการเข้าถึง
บริการสาธารณสุข ขณะเดียวกันก็มีปัญหาในการดำรงชีวิตทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ดังนั้น จึงจำเป็นต้อง
พัฒนาระบบบริการ การดูแลสุขภาพต่อเนื่องในระยะยาวโดยเฉพาะการเข้าถึงบริการด้านอุปกรณ์ทาง
การแพทย์ เนื่องจากมีต้นทุนสูงในการ เข้าถึงบริการและความยุ่งยากที่จะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาโรงพยาบาล
บ่อยครั้ง โดยเฉพาะในเขตชนบทที่ไม่มียานพาหนะ ของตนเอง หรือแม้แต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ในเขตอำเภอ.....ก็ยังเข้าถึงบริการได้น้อย ปัญหาสำคัญ จากการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง
และดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่เกี่ยวข้องกับกายอุปกรณ์และเครื่องช่วยความพิการ มีสาเหตุ ปัจจัยดังนี้

1. ความเจริญทางการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีชีวิตรอดเพิ่มขึ้น แต่ก็กลายเป็นผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง
มากขึ้นเช่นกัน

2. โรงพยาบาลเน้นการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน แต่ยังขาดการดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันหรือผู้ป่วย
Subacute ในชุมชน

3. ระบบบริการปฐมภูมิมีข้อจำกัดด้านบุคลากรทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพมีปัญหาด้านอุปกรณ์
ทางการแพทย์ เมื่อกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รวมทั้งขาดการเชื่อมโยงข้อมูลในการดูแลต่อเนื่อง

ปัจจุบัน.....

ปัจจุบันบริบทของอำเภอ.....จังหวัดลพบุรี เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างปีงบประมาณ
.....กับปีงบประมาณ มีคนพิการเพิ่มขึ้นจำนวน..... คน ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจำนวน
.....คน และมี ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองรายใหม่เพิ่มขึ้นจำนวน.....คน และอาจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
อย่างต่อเนื่อง ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้ จำเป็นต้องได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ แต่เนื่องจากเป็นอุปกรณ์
ที่มีราคาแพงประกอบกับผู้ดูแลต้องมีความรู้ เกี่ยวกับการใช้งานที่ถูกต้อง และโรงพยาบาล.....เคยได้รับ
การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานศูนย์ สาธิตและยืมอุปกรณ์ฯแล้ว จำนวน.....บาท
แต่พบว่ายังไม่เพียงพอกับความต้องการ ดังนั้น โรงพยาบาล.....จึงจัดทำศูนย์สาธิตและยืมอุปกรณ์
เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน หรือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น ประจำปี งบประมาณ
.....เพื่อรองรับงบประมาณสนับสนุนในการจัดซื้ออุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการเพิ่มเติม และให้
คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถเข้าถึงบริการ และมีคุณภาพ
ชีวิตที่ดีขึ้น

ควรเขียนให้สอดคล้องตาม ข้อ 9(2)(ก) ของประกาศคณะกรรมการ สปสช. เรื่องหลักเกณฑ์การดำเนินงานและ
บริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ.2562 “เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรีให้จ่ายเป็น
ค่าใช้จ่ายที่สนับสนุนในลักษณะโครงการ หรือกิจกรรม ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้สูงอายุ หรือองค์กรอื่น ตามที่
คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ เพื่อสนับสนุนการดำเนินการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับผู้มีสิทธิได้รับการ
ฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งรวมถึงค่าใช้จ่ายในการจัดหา ซ่อมแซม และเคลื่อนย้ายอุปกรณ์เพื่อตอบสนองความจำเป็นตามสภาพ
ของบุคคลนั้น ๆ

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของหน่วยบริการให้สามารถจัดบริการ อุปกรณ์
ทางการแพทย์ และเครื่องช่วยความพิการให้ ครบคลุมและตอบสนองต่อความจำเป็นของคนพิการ ผู้สูงอายุ
และผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะ พึ่งพิง ได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุม

2. เพื่อให้บริการอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือเครื่องช่วยความพิการกับกลุ่มเป้าหมาย ให้สามารถใช้ฟื้นฟู
สมรรถภาพต่อเนื่องที่ บ้านได้

3. เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวผู้ป่วย

3. กลุ่มเป้าหมาย

คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่อยู่ในกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีฐานะยากจน ด้อยโอกาส
และจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือ เครื่องช่วยความพิการ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้าน

4. วิธีการดำเนินงาน/รายละเอียดกิจกรรม

1. สำรวจจำนวนคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่อยู่ในกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขต
อำเภอ และประเมินภาวะความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยฯ

2. จัดทำโครงการเสนอกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัด.....

4. ดำเนินการจัดซื้ออุปกรณ์ ฯ ให้ถูกต้องตามระเบียบ
5. จัดทำทะเบียนคุมอุปกรณ์ ฯ
6. ให้บริการกลุ่มเป้าหมาย ติดตามเยี่ยมบ้าน ในกรณีผู้รับบริการเสียชีวิต หรือไม่มีความจำเป็น ต้องใช้อุปกรณ์ ให้ญาติ หรือผู้ดูแลส่งคืนอุปกรณ์
7. รายงานผลการดำเนินงานให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรีทราบ

5. ระยะเวลาดำเนินการ

ตั้งแต่ปีงบประมาณ เป็นต้นไป

6. สถานที่ดำเนินการ

หน่วยงานที่ดำเนินการ โครงการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

7. ผู้รับผิดชอบโครงการ

ชื่อ-สกุล ตำแหน่ง:

สถานที่ติดต่อ : หน่วยงาน/กลุ่มงาน ชื่อหน่วยบริการ

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด ลพบุรี

โทรศัพท์:มือถือ:E-mail:

8. งบประมาณ

ขอรับการสนับสนุนจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นเพื่อสุขภาพจังหวัด..... เป็นเงิน
จำนวนบาท (.....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

5.....จำนวน รายการ X 0000 บาท เป็นเงินบาท

6.....จำนวน รายการ X 0000 บาท เป็นเงินบาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้นบาท (.....บาทถ้วน)

9. ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์

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

10. ผลที่คาดว่าจะได้รับ / ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการนี้

1. หน่วยบริการได้พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือ เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน ลด ความแออัดในโรงพยาบาล
2. กลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึงบริการยืมกายอุปกรณ์ หรืออุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริการทางการแพทย์ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ต่อเนื่องที่บ้าน
3. ผู้ใช้บริการมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน สามารถฟื้นฟูร่างกายและจิตใจ ส่งผลดีต่อสุขภาพหรือการ บำบัดรักษา ลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวผู้ป่วย

ผู้รับผิดชอบโครงการ

.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความคิดเห็นผู้เสนอโครงการ.....

.....

ผู้เสนอโครงการ

.....

(.....)

ตำแหน่ง..... (ผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงาน)

ผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงาน/นายกเทศมนตรี/นายก อบต.

ความคิดเห็นผู้เห็นชอบโครงการ.....

ผู้เห็นชอบโครงการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประธานอนุกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี

ความคิดเห็นผู้อนุมัติโครงการ.....

ผู้อนุมัติโครงการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี

๒. ตัวอย่างรูปแบบเอกสารโครงการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ๒.๑ แบบคำขอรับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ ไปใช้ที่บ้านของโครงการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ตัวอย่างแบบคำขอการสนับสนุน ฯ

- โลโก้ (ถ้ามี) -

แบบบันทึกข้อมูลการขอรับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ ไปใช้ที่บ้าน
โครงการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
(ชื่อหน่วยงาน)

(องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสถานที่อื่น)

๑. ชื่อผู้ขอรับ.....สกุล.....อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน.....

สิทธิการรักษาพยาบาล.....โทรศัพท์.....
ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

๒. ชื่อผู้ดูแล.....สกุล.....อายุ.....ปี
ความสัมพันธ์.....โทรศัพท์.....

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

๓. หน่วยงานด้านสาธารณสุขใกล้บ้าน (สอ.น./รพ.สต.).....
อำเภอ.....เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน.....โทรศัพท์.....

๔. กลุ่มเป้าหมาย

- | | |
|--|--|
| ☐ คนพิการ (ท.๗๔/พมจ.) | ☐ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ระบุ)..... |
| ☐ ผู้สูงอายุ | ☐ ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) |
| ☐ ผู้ป่วยที่ต้องดูแลระยะยาว (LTC) | ☐ ผู้ป่วยที่ต้องดูแลระยะสุดท้าย (Palliative Care) |

๕. การวินิจฉัยโรค

- | | |
|--|---|
| ☐ โรคหลอดเลือดสมอง | ☐ บาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal Cord Injury) |
| ☐ โรคข้อเข่าเสื่อม | ☐ โรคเรื้อรังทางอายุรกรรม (COPD/CKD/HT/DM) |
| ☐ โรคข้อสะโพกเสื่อม | ☐ โรคปวดหลังเรื้อรัง |
| ☐ โรคพิการทางการเคลื่อนไหวแต่กำเนิด | ☐ บาดเจ็บที่เนื้อสมองและศีรษะ (Traumatic Brain Injury) |
| ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ)..... | |

๖. อุปกรณ์ที่ต้องการขอรับการสนับสนุน

- | | |
|--|--|
| ☐ ไม่ค้ำยันรักแร้แบบอลูมิเนียม | ☐ ไม่เท้าอลูมิเนียมแบบสามขา |
| ☐ ไม่เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้ | ☐ ไม่ค้ำยันรักแร้แบบไม้ |
| ☐ เบาะรองนั่งสำหรับคนพิการ | ☐ รถสามล้อโยกมาตรฐานสำหรับคนพิการ |
| ☐ แผ่นรองตัวสำหรับผู้ป่วยอัมพาตหรือที่นอนลม (โปรดระบุ)..... | |

รณงค์คนพิการ...

- ☐ รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้
- ☐ รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับไม่ได้
- ☐ อื่นๆ.....

๗. ระยะเวลาที่ขอรับการสนับสนุน (ยืม)

- ☐ ๓ เดือน ☐ ๖ เดือน ☐ ๑ ปี ☐ ตลอดชีพ ☐ อื่นๆ.....

๘. เอกสารประกอบการขอรับการสนับสนุน

- ☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วยและผู้ดูแล จำนวน ๑ ฉบับ
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยและผู้ดูแล จำนวน ๑ ฉบับ
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ
- ☐ ภาพถ่ายผู้ป่วย (ขนาดใดก็ได้) จำนวน ๑ ฉบับ
- ☐ เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี).....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นแบบคำขอ
(.....)

ความเกี่ยวข้อง.....

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

สำหรับผู้ขอรับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ไปใช้ที่บ้าน
โครงการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี

ผู้รับคำขอได้ตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานประกอบการขอรับสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ไปใช้ที่บ้านแล้วพบว่า

- ☐ ครบถ้วน/ถูกต้อง
- ☐ ขาดเอกสาร ได้แก่.....

ให้นำเอกสารมาเพิ่มเติมภายในวันที่.....

- ☐ ตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นไม่เข้าเกณฑ์ คือ.....

ผู้ยื่นคำรับคำขอได้ตรวจสอบข้อมูลเรียบร้อยแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นแบบคำขอ
(.....)

ความเกี่ยวข้อง.....

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

หมายเหตุ สามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบได้ตามเหมาะสมตามบริบทของโครงการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ของแต่ละแห่ง โดยแจ้งเป็นหนังสือให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรีทราบ

๒.๒ ทะเบียนคุมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการของ โครงการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ.....

ตัวอย่างทะเบียนคุมครุภัณฑ์

ทะเบียนคุมครุภัณฑ์ โครงการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ.....			
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....		รายละเอียดการยืม	เลขที่ :
ประเภท	☐ ครุภัณฑ์การแพทย์ ☐ วัสดุการแพทย์	☐ อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่บ้าน ☐ อื่นๆ.....	
ชื่อ อุปกรณ์/ครุภัณฑ์/วัสดุ		ชื่อ-สกุล (ผู้ยืม)	
เลขครุภัณฑ์		ที่อยู่	
วันที่ได้รับ	ได้มาจาก	โทรศัพท์	
ใบส่งของเลขที่	ยี่ห้อ/รุ่น	ความสัมพันธุ์	
หน่วยนับ	ราคาหน่วย	เลขประจำตัวประชาชน	
วิธีการได้มา	☐ ซื้อ ☐ เช่า ☐ ยืม ☐ บริจาค ☐ อื่นๆ.....	ชื่อ-สกุล (ผู้ป่วย)	
สถานะ	☐ ปกติ ☐ ขำรุด ☐ อื่นๆ.....อายุการใช้งาน.....ปี	ที่อยู่	
		โทรศัพท์	
		โรค/อาการ	
ประวัติการส่งคืนครุภัณฑ์			
		ลำดับ	สาเหตุ
			การแก้ไข
			ลงชื่อ
		จำหน่ายวันที่	สาเหตุ
		ลงชื่อ	ผู้จำหน่าย

ภาพถ่ายครุภัณฑ์ / อุปกรณ์