



ประกาศกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี  
เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ การดำเนินงานโครงการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น  
สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เพื่อให้การดำเนินงานโครงการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งรวมถึงค่าใช้จ่ายในการจัดหา ซ่อมแซม และเคลื่อนย้ายอุปกรณ์ เพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นตามสภาพของบุคคลนั้น ๆ เป็นไปตามวัตถุประสงค์

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๕ (๓) แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๕ ประกอบกับมติของคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๓๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗ จึงประกาศกำหนดหลักเกณฑ์ การดำเนินงานโครงการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนี้

๑. การดำเนินงานโครงการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้มีสิทธิ ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้ดำเนินการได้โดย องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี หรือ โรงพยาบาลทั่วไป หรือ โรงพยาบาลชุมชน หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสถานที่อื่นใดตามที่คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี กำหนด

๒. กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี จะสนับสนุนงบประมาณตามโครงการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามความจำเป็นและความต้องการของผู้รับบริการ และผ่านการอนุมัติ จากคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูจังหวัดลพบุรี

๓. หน่วยงานที่ดำเนินการโครงการ อาจจัดให้มีสถานที่ดำเนินการ ให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยอาจมีลักษณะสถานที่ให้บริการแบบ One Stop Service และอาจมีสถานที่ถาวรหรือชั่วคราว สำหรับจัดเก็บอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือ เครื่องช่วยความพิการ

๔. หน่วยงานที่ดำเนินการโครงการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ควรมีบุคลากรด้านสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขอื่นใด โดยมีการมอบหมายหรือกำหนดหน้าที่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ รวมถึงการประสานงานการดำเนินงาน โดยอาจมีการดำเนินงานในรูปแบบคณะกรรมการโครงการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้มีสิทธิ ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งนี้ การแต่งตั้งคณะกรรมการให้แต่งตั้งตามความเหมาะสม โดยให้มีหัวหน้าหน่วยงานนั้น ๆ เป็นประธานคณะกรรมการ

/๕. โครงการให้ยืม...

๕. โครงการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟู ให้บริการกับกลุ่มเป้าหมายคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หรืออื่น ๆ ที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน

๖. หน่วยงานที่ดำเนินการโครงการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือ เครื่องช่วยความพิการ ตามรายการที่กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี กำหนด และดำเนินการจัดซื้ออุปกรณ์ตามระเบียบของทางราชการ ทั้งนี้ รายการอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือ เครื่องช่วยความพิการ (วัสดุ หรือ ครุภัณฑ์) ที่จัดซื้อตามรายการที่กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรีกำหนด ให้ขึ้นทะเบียนเป็นทรัพย์สินของหน่วยงานนั้น ๆ

๗. หน่วยงานที่ดำเนินการโครงการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟู ต้องจัดทำขั้นตอนการดำเนินงาน แบบคำขอยืมฯ ทะเบียนคุมอุปกรณ์ฯ รวมถึงประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารให้กลุ่มเป้าหมายคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หรืออื่น ๆ ทราบถึง การขอรับบริการยืมอุปกรณ์จากโครงการ

๘. หน่วยงานที่ดำเนินการโครงการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟู ต้องรายงานผลการดำเนินงานโครงการ ตามรูปแบบและระยะเวลาที่กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรีกำหนด

๙. ให้ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรีรักษาการตามประกาศนี้ และให้มีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามประกาศนี้ กับให้มีอำนาจออกแนวทางปฏิบัติที่ไม่ขัดต่อประกาศนี้ได้

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๓๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗



(นางอรพิน จิระพันธุ์วานิช)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี  
ประธานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี

เอกสารแนบท้ายประกาศกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี  
เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ การดำเนินงานโครงการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น  
สำหรับผู้มีสิทธิ ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ  
ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗

๑. ตัวอย่างโครงการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ตัวอย่างโครงการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ ฯ

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

1. หลักการและเหตุผล (ตัวอย่าง)

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพของประชากรในประเทศไทยเปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นผลจากการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ชีวิตประจำวันของประชาชนใน สังคมไทย ประกอบกับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมักตามมาด้วย โรคหลอดเลือดสมอง อาการอัมพฤกษ์หรืออัมพาต ทำให้มีความพิการตามมา

จากการศึกษาข้อมูลย้อนกลับและแนวทางการดูแลสุขภาพระยะยาว (Long Term Care) ของจังหวัดลพบุรี พบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายในปี.....เพิ่มขึ้นร้อยละ.....ของจำนวนประชากรทั้งหมด ยังไม่รวมถึงผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงผู้อื่นในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ผู้มีภาวะพึ่งพิง คนพิการ ผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพ อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ซึ่งกลุ่มผู้มีภาวะเหล่านี้มีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ขณะเดียวกันก็มีปัญหาในการดำรงชีวิตทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ดังนั้น จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการ การดูแลสุขภาพต่อเนื่องในระยะยาวโดยเฉพาะการเข้าถึงบริการด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ เนื่องจากมีต้นทุนสูงในการ เข้าถึงบริการและความยุ่งยากที่จะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาโรงพยาบาลบ่อยครั้ง โดยเฉพาะในเขตชนบทที่ไม่มียานพาหนะ ของตนเอง หรือแม้แต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอ.....ก็ยังไม่เข้าถึงบริการได้น้อย ปัญหาสำคัญ จากการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงและดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่เกี่ยวข้องกับกายอุปกรณ์และเครื่องช่วยความพิการ มีสาเหตุ ปัจจัยดังนี้

1. ความเจริญทางการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีชีวิตรอดเพิ่มขึ้น แต่ก็กลายเป็นผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงมากขึ้นเช่นกัน

2. โรงพยาบาลเน้นการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน แต่ยังขาดการดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันหรือผู้ป่วย Subacute ในชุมชน

3. ระบบบริการปฐมภูมิมีข้อจำกัดด้านบุคลากรทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพมีปัญหาด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ 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  
.....เพื่อขอรับงบประมาณสนับสนุนในการจัดซื้ออุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการเพิ่มเติม และให้  
คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถเข้าถึงบริการ และมีคุณภาพ  
ชีวิตที่ดีขึ้น

## 2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของหน่วยบริการให้สามารถจัดบริการ อุปกรณ์  
ทางการแพทย์ และเครื่องช่วยความพิการให้ ครอบคลุมและตอบสนองต่อความจำเป็นของคนพิการ ผู้สูงอายุ  
และผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะ ฟังฟัง ได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุม
2. เพื่อให้บริการอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือเครื่องช่วยความพิการกับกลุ่มเป้าหมาย ให้สามารถใช้ฟื้นฟู  
สมรรถภาพต่อเนื่องที่ บ้านได้
3. เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวผู้ป่วย

## 3. กลุ่มเป้าหมาย

คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่อยู่ในกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะฟังฟัง ที่มีฐานะยากจน ด้อยโอกาส  
และจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือ เครื่องช่วยความพิการ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้าน

## 4. วิธีการดำเนินงาน

1. สำรวจจำนวนคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่กึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะฟังฟัง ในเขต  
อำเภอ ..... และประเมินภาวะความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยฯ
2. จัดทำโครงการเสนอกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัด.....
4. ดำเนินการจัดซื้ออุปกรณ์ ฯ ให้ถูกต้องตามระเบียบ
5. จัดทำทะเบียนคุมอุปกรณ์ ฯ
6. ให้บริการกลุ่มเป้าหมาย ติดตามเยี่ยมบ้าน ในกรณีผู้รับบริการเสียชีวิต หรือไม่มีความจำเป็น ต้องใช้  
อุปกรณ์ ให้ญาติ หรือผู้ดูแลส่งคืนอุปกรณ์
7. รายงานผลการดำเนินงานให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรีทราบ

## 5. งบประมาณ

ขอรับการสนับสนุนจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นเพื่อสุขภาพจังหวัด..... เป็นเงิน  
จำนวน .....บาท (.....บาทถ้วน) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- 1.....จำนวน ..... รายการ X 0000 บาท เป็นเงิน .....บาท
- 2.....จำนวน ..... รายการ X 0000 บาท เป็นเงิน .....บาท
- 3.....จำนวน ..... รายการ X 0000 บาท เป็นเงิน .....บาท
- 4.....จำนวน ..... รายการ X 0000 บาท เป็นเงิน .....บาท
- 5.....จำนวน ..... รายการ X 0000 บาท เป็นเงิน .....บาท
- 6.....จำนวน ..... รายการ X 0000 บาท เป็นเงิน .....บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น .....บาท (.....บาทถ้วน)

## 6. สถานที่ดำเนินการ

หน่วยงานที่ดำเนินการ โครงการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

## 7. ระยะเวลาดำเนินการ

ตั้งแต่ปีงบประมาณ ..... เป็นต้นไป

## 8. ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์

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

## 9. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

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

10. ผู้รับผิดชอบโครงการ

ชื่อ-สกุล ..... ตำแหน่ง: .....  
สถานที่ติดต่อ : หน่วยงาน/กลุ่มงาน ..... ชื่อหน่วยบริการ .....  
ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด ลพบุรี  
โทรศัพท์: ..... มือถือ: ..... E-mail: .....

ผู้รับผิดชอบโครงการ

.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้เสนอโครงการ

.....  
(.....)

(ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น) ตำแหน่ง.....

ผู้ตรวจสอบโครงการ

.....  
(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงาน

ผู้เห็นชอบโครงการ

.....

(นายพจน์ แก้วสวรรค์)

รองนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี

ประธานอนุกรรมการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี

ผู้อนุมัติโครงการ

.....

(นางอรพิน จิระพันธุ์วานิช)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> คนพิการ (ท.๗๔/พมจ.)             | <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ระบุ).....                  |
| <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุ                      | <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care)             |
| <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยที่ต้องดูแลระยะยาว (LTC) | <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยที่ต้องดูแลระยะสุดท้าย (Palliative Care) |

๕. การวินิจฉัยโรค

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดสมอง                  | <input type="checkbox"/> บาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal Cord Injury)                |
| <input type="checkbox"/> โรคข้อเข่าเสื่อม                  | <input type="checkbox"/> โรคเรื้อรังทางอายุรกรรม (COPD/CKD/HT/DM)             |
| <input type="checkbox"/> โรคข้อสะโพกเสื่อม                 | <input type="checkbox"/> โรคปวดหลังเรื้อรัง                                   |
| <input type="checkbox"/> โรคพิการทางการเคลื่อนไหวแต่กำเนิด | <input type="checkbox"/> บาดเจ็บที่เนื้อสมองและศีรษะ (Traumatic Brain Injury) |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ).....            |   |

๖. อุปกรณ์ที่ต้องการขอรับการสนับสนุน

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ไม้ค้ำยันรักแร้แบบอลูมิเนียม                              | <input type="checkbox"/> ไม้เท้าอลูมิเนียมแบบสามขา       |
| <input type="checkbox"/> ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้                                | <input type="checkbox"/> ไม้ค้ำยันรักแร้แบบไม้           |
| <input type="checkbox"/> เบาะรองนั่งสำหรับคนพิการ                                  | <input type="checkbox"/> รถสามล้อโยกมาตรฐานสำหรับคนพิการ |
| <input type="checkbox"/> แผ่นรองตัวสำหรับผู้ป่วยอัมพาตหรือที่นอนลม (โปรดระบุ)..... |  |

/รตนั่งคนพิการ...





๒.๒ ทะเบียนคุมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการของ โครงการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ.....

ตัวอย่างทะเบียนคุมครุภัณฑ์

ทะเบียนคุมครุภัณฑ์ โครงการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ.....		.....จังหวัด.....	
ตำบล.....อำเภอ.....		รายละเอียดการยืม	เลขที่ :
ประเภท	<input type="checkbox"/> ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ <input type="checkbox"/> อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่บ้าน <input type="checkbox"/> วัสดุทางการแพทย์ <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....		
ชื่อ อุปกรณ์/ครุภัณฑ์/วัสดุ		ชื่อ-สกุล (ผู้ยืม)	
เลขครุภัณฑ์		ที่อยู่	
วันที่ได้รับ	ได้มาจาก	โทรศัพท์	
ใบส่งของเลขที่	ยี่ห้อ/รุ่น	ความสัมพันธ์	
หน่วยนับ	ราคาหน่วย	เลขประจำตัวประชาชน	
วิธีการได้มา	<input type="checkbox"/> ซื้อ <input type="checkbox"/> เช่า <input type="checkbox"/> ยืม <input type="checkbox"/> บริจาค <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	ชื่อ-สกุล (ผู้ป่วย)	
สถานะ	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ขำรุด <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....อายุการใช้งาน.....ปี	ที่อยู่	
		โทรศัพท์	
		โรค/อาการ	
ประวัติการส่งคืนครุภัณฑ์			
		ลำดับ	สาเหตุ
			การแก้ไข
			ลงชื่อ
		จำหน่ายวันที่	สาเหตุ
		ลงชื่อ	ผู้จำหน่าย

ภาพถ่ายครุภัณฑ์ / อุปกรณ์

๒.๓ แบบรายงานผลการดำเนินงาน

ตัวอย่างแบบรายงานผลการดำเนินงาน

แบบรายงานผลการดำเนินงาน

รายงานผลการดำเนินงานตามโครงการที่ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

โครงการ..... ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ....

โครงการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ.....

รายงาน ณ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

1. หน่วยงานที่ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ.....

2. งบประมาณ

2.1 งบประมาณของโครงการที่ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ..... บาท

2.2 งบประมาณที่ได้ใช้ในการดำเนินงานโครงการ..... บาท

2.3 งบประมาณคงเหลือ..... บาท (ถ้ามี)

3. ผลการดำเนินการ

3.1 ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพขอรายงานผลการดำเนินงานโครงการ ตามบันทึกข้อตกลงการรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ เลขที่...../..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... ได้รับดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของ โครงการ เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... และเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

3.2 ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพขอส่งสำเนาเอกสารใบเสร็จรับเงินหรือเอกสารหลักฐานอื่น จำนวน..... ฉบับ จำนวนเงิน..... บาท (.....) ของการดำเนินการตามโครงการที่ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพมาพร้อมหนังสือนี้เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตรวจสอบต่อไป

3.3 ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพขอส่งเงินงบประมาณคงเหลือ (ถ้ามี) จำนวน..... บาท คืน มาพร้อมหนังสือนี้

3.4 ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับ (เขียนให้เห็นว่าเกิดประโยชน์กับประชาชนในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างไร).....

4. ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพไม่สามารถดำเนินการตามโครงการได้ เนื่องจาก..... จึงขอส่งเงินคืนจำนวน..... บาท (.....) มาพร้อมหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน (ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ)

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ กรณีองค์กรประชาชนและองค์กรการกุศลลงนามไม่น้อยกว่าสามคน