**โครงการซ่อมบำรุง ดัดแปลงและจัดทำเฉพาะ อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ**

**1. หลักการและเหตุผล (สาเหตุและความจำเป็นต้องมีโครงการ)**

**จังหวัดสระบุรี มีคนพิการถาวรที่ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ จำนวน..........คน ในจำนวนนี้มีผู้ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ...........คน หน่วยงาน/สถาบัน..................ได้ศึกษา ข้อมูลพบว่าคนพิการประสพปัญหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการชำรุดแล้วไม่สามารถเข้า ถึงบริการซ่อมแซมอุปกรณ์ทำให้การดำเนินกิจวัตรประจำวันมีความยากลำบาก เป็นผลให้คุณภาพชีวิตลดลง นอกจากนั้นเด็กพิการที่เป็นอัมพาตประสบปัญหาไม่สามารถนั่งเก้าอี้ล้อเข็นได้นาน เนื่องจากเก้าอี้ล้อเข็นไม่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย จำเป็นต้องปรับปรุงเก้าอี้ล้อเข็นให้เหมาะสม โดยการจัดปรับท่านั่ง ด้วยการเสริมอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น เบาะรองนั่ง เบาะพิงหลัง เบาะวางเท้าและถาดกิจกรรม ซึ่งจะทำให้เด็กพิการนั่งเก้าอี้ล้อเข็นได้ดีขึ้น และนานขึ้น อันส่งผลต่อสุขภาพและพัฒนาการของเด็กพิการโดยตรง และยังลดทอนปัญหาแผลกดทับจากการนั่งนานโดยเฉพาะในเด็กนักเรียนที่พิการ หน่วยงาน/สถาบัน........................มีความสามารถในการซ่อมแซมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ รวม ถึงการดัดแปลงและการจัดทำใหม่ โดยการสนับสนุนวิชาการจากช่างกายอุปกรณ์ นักกายภาพบำบัดและแพทย์เวชศาสตร์**

**ฟื้นฟูจากหน่วยบริการ/โรงพยาบาล........................ จึงได้จัดทำโครงการซ่อมบำรุง ดัดแปลงและจัดทำเฉพาะ อุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการขึ้น เพื่ออำนวยความสะดวกการเข้าถึงบริการซ่อมแซม ดัด แปลงอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ภายในจังหวัด ซึ่งจะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของคนพิการ**

**2. วัตถุประสงค์ของโครงการ (แสดงความต้องการให้เกิดอะไรเพื่อประโยชน์ของ ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถ ภาพในจังหวัดที่ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ)**

**2.1 เพื่อบริการซ่อมบำรุง เปลี่ยนชิ้นส่วน อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่ชำรุด ของคนพิการหรือผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ**

**2.2 เพื่อบริการดัดแปลง หรือจัดทำใหม่อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ เป็นการเฉพาะ เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพความพิการของแต่ละบุคคล**

**3. เป้าหมายของโครงการ (เป็นการคาดหวังล่วงหน้าในเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพถึงผลที่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในจังหวัดที่ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้รับ)**

**3.1 ซ่อมบำรุง เปลี่ยนชิ้นส่วน อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ จำนวน...............รายการ/ชิ้น**

**3.2 ดัดแปลง อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ จำนวน.....................รายการ**

**3.3 จัดทำใหม่เฉพาะ ตามคำสั่งของแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู**

**รายละเอียดตามแผนปฏิบัติงาน ที่แนบ**

**4. วิธีดำเนินการ (การให้รายละเอียดในการดำเนินการ ทำอย่างไรเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งรวมถึงระเบียบ ข้อบังคับ หลักเกณฑ์ หรือวิธีปฏิบัติในการใช้จ่ายเงิน)**

**4.1 ประชาสัมพันธ์โครงการโดยประสานผ่านองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาโรงเรียน สมาคม/ชมรมคนพิการ ฯลฯ**

**4.2 ดำเนินการซ่อมบำรุง เปลี่ยนชิ้นส่วน ดัดแปลง หรือจัดทำใหม่ อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ**

**4.3 กรณีจำเป็น จะจัดยานพาหนะไปขนและส่งอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์แก่คนพิการหรือผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ**

**4.4 ดำเนินการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด (กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ) เมื่อแล้วเสร็จเป็นรายกรณีหรือรายเดือน**

**4.5 รวบรวมข้อมูล จัดทำรายงานผลการดำเนินงานและหรือรายงานการจ่ายเงิน ส่งให้ อบจ ทุกไตรมาสและรายงานสรุปผลการดำเนินงานและหรือรายงานการจ่ายเงิน เมื่อสิ้นปีงบประมาณหรือเป็นรายปี**

**5. ระยะเวลาในการดำเนินการ (ควรมีระยะเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดของโครงการ)**

**ตั้งแต่วันที่.........เดือน...............พ.ศ.............เป็นต้นไป**

**6. สถานที่ดำเนินการ (ควรระบุสถานที่ให้ชัดเจน)**

**หน่วยงาน/สถาบัน.......................................**

**7. ผู้รับผิดชอบโครงการ (ผู้ใดหรือหน่วยงานใดเป็นผู้รับผิดชอบ)**

**หน่วยงาน/สถาบัน........................................**

**8. งบประมาณ**

**ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจาก กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดสระบุรี จำนวนเงิน**

**........................................บาท (...............................................................................) (โดยขอเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นรายกรณีหรือรายเดือน หรือขอเบิกจ่ายล่วงหน้าจำนวน....................บาท ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายที่จะเรียกเก็บควรแยกให้ชัดเจน เช่น ค่าแรงในการซ่อมหรือดัดแปลงหรือจัดทำใหม่ ค่าวัสดุที่ใช้ ซึ่งอาจรวมค่าบริหารจัดการไว้ด้วยโดยจัดทำเป็นเอกสารแนบเสนอพร้อมโครงการหรือแผนปฏิบัติงาน)**

**9. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการนี้ (ก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในจังหวัดที่ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ อย่างไร)**

**1. คนพิการหรือผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถมีอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่อยู่ในสภาพพร้อมใช้**

**2. .............................................................................................................................................**

**ลงชื่อ..............................................................ผู้เสนอโครงการ**

**(............................................................)**

**ตำแหน่ง....................................................**

**(ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ)**

**ลงชื่อ...........................................................ผู้เห็นชอบโครงการ**

**(............................................................)**

**ตำแหน่ง....................................................**

**(ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ)**

**ลงชื่อ...........................................................ผู้อนุมัติโครงการ**

**(............................................................)**

**ตำแหน่ง....................................................**

**(ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ)**

**หมายเหตุ ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้น ฟูสมรรถภาพจะตอ้งเขียนโครงการให้ละเอียดเพื่อให้คณะกรรมการกองทุนพิจารณาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และการใช้จ่ายเงินของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. 2562 หากหน่วยงาน/สถาบัน มีความสามารถในการซ่อมบำรุงอุปกรณ์การแพทย์พื้นฐานด้วย ให้ระบุในโครงการ**