**โครงการภายใต้การบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด**

**โครงการศูนย์สาธิต ยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพ**

**ที่บ้าน สำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในกึ่งระยะเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และ**

**โครงการการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย เพื่อขอรับการสนับสนุนจาก**

**กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ**

**โครงการที่ 1**

**ชื่อโครงการ : โครงการศูนย์สาธิตและยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน ประจำปีงบประมาณ ............. โรงพยาบาล........................... อำเภอ.......................จังหวัดสระบุรี**

**1. หลักการและเหตุผล**

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพของประชากรในประเทศไทยเปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง   
ซึ่งเป็นผล จากการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ชีวิตประจำวันของประชาชนในสังคมไทย ประกอบกับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ  
มักตามมาด้วย โรคหลอดเลือดสมอง อาการอัมพฤกษ์หรืออัมพาต ทำให้มีความพิการตามมาจากการศึกษาข้อมูลย้อนกลับและแนวทางการดูแลสุขภาพระยะยาว (Long Term Care) ของจังหวัดสระบุรี พบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายในปี ๒๕๕๘ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑.๒ ของจำนวนประชากรทั้งหมด ยังไม่รวมถึงผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงผู้อื่นในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ผู้มีภาวะพึ่งพิง คนพิการ ผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพ อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ซึ่งกลุ่มผู้มีภาวะเหล่านี้มีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ขณะเดียวกันก็มีปัญหาในการดำรงชีวิต  
ทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการการดูแลสุขภาพต่อเนื่องในระยะยาวโดยเฉพาะการเข้าถึงบริการด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ เนื่องจากมีต้นทุนสูงในการเข้าถึงบริการและความยุ่งยากที่จะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาโรงพยาบาลบ่อยครั้ง โดยเฉพาะในเขตชนบทที่ไม่มียานพาหนะของตนเอง หรือแม้แต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
ในเขตอำเภอเมือง....................ก็ยังเข้าถึงบริการได้น้อย ปัญหาสำคัญจากการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงและดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่เกี่ยวกับกายอุปกรณ์และเครื่องช่วยความพิการ มีสาเหตุปัจจัย ดังนี้

1. ความเจริญทางด้านการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีชีวิตรอดเพิ่มขึ้น แต่ก็กลายเป็นผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงมากขึ้นเช่นกัน

2. โรงพยาบาลเน้นการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน แต่ยังขาดการดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันหรือผู้ป่วย Subacute ในชุมชน

3. ระบบบริการปฐมภูมิมีข้อจำกัดด้านบุคลากรทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพมีปัญหาด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ เมื่อกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รวมทั้งขาดการเชื่อมโยงข้อมูลในการดูแลต่อเนื่อง ปัจจุบันบริบทของอำเภอ.....................จังหวัดสระบุรี เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างปีงบประมาณ 2560 กับปีงบประมาณ 2561 มีคนพิการเพิ่มขึ้นจำนวน.............. คน ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจำนวน ......................คน และมีผู้ป่วยหลอดเลือดสมองรายใหม่เพิ่มขึ้นจำนวน............คน และอาจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ แต่เนื่องจากเป็นอุปกรณ์ที่มีราคาแพงประกอบกับผู้ดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับการใช้งานที่ถูกต้อง และโรงพยาบาล......................เคยได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานศูนย์สาธิตและยืมอุปกรณ์ฯแล้ว จำนวน............................บาท แต่พบว่ายังไม่เพียงพอกับความต้องการ ดังนั้น โรงพยาบาล...................จึงจัดทำโครงการศูนย์สาธิตและยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน ประจำปีงบประมาณ 2562 เพื่อขอรับงบประมาณสนับสนุนในการจัดซื้ออุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการเพิ่มเติม และให้คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถเข้าถึงบริการ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

**2. วัตถุประสงค์**

2.1 เพื่อพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของหน่วยบริการให้สามารถจัดบริการและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้ครอบคลุมและตอบสนองต่อความจำเป็นของคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุม

2.2 เพื่อให้บริการสาธิตและยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการกับกลุ่มเป้าหมาย ให้สามารถใช้ฟื้นฟู

สมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้านได้

2.3 เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวผู้ป่วย

**3. กลุ่มเป้าหมาย**

คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่อยู่ในกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีฐานะยากจน ด้อยโอกาส

และแพทย์วินิจฉัยว่าจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้าน

**4. วิธีการดำเนินงาน**

4.1 สำรวจจำนวนคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่กึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง   
ในเขต/อำเภอ........................... และประเมินภาวะความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยฯ

4.2 จัดทำโครงการเสนอกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดสระบุรี

4.3 ดำเนินการจัดซื้ออุปกรณ์ฯให้ถูกต้องตามระเบียบ

4.4 จัดทำทะเบียนคุมอุปกรณ์ฯ

4.5 ให้บริการกลุ่มเป้าหมาย ติดตามเยี่ยมบ้าน ในกรณีผู้รับบริการเสียชีวิต หรือไม่มีความจำเป็น ต้องใช้อุปกรณ์ ให้ญาติหรือผู้ดูแลส่งคืนอุปกรณ์

4.6 รายงานผลการดำเนินงานให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด............................ทราบ

**5. งบประมาณ**

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

5.1………………………………….จำนวน …… รายการ X 0000 บาท เป็นเงิน ………………บาท

5.2……………………………….…จำนวน …… รายการ X 0000 บาท เป็นเงิน ……………...บาท

5.3……………………………….…จำนวน …… รายการ X 0000 บาท เป็นเงิน ………………บาท

5.4……………………………….…จำนวน …… รายการ X 0000 บาท เป็นเงิน ………………บาท

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

**6. สถานที่ดำเนินการ**

ศูนย์สาธิตและยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน โรงพยาบาล.............................อำเภอ.......................จังหวัดสระบุรี

**7. ระยะเวลาดำเนินการ**

ตั้งแต่ปีงบประมาณ ........................................... เป็นต้นไป

**8. ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์**

8.1 หน่วยบริการมีการให้บริการสาธิตและยืมอุปกรณ์ฯ มีห้องเก็บรักษาอุปกรณ์ และมีการประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง

8.2 กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการเพิ่มขึ้น

8.3 กลุ่มเป้าหมายที่ใช้บริการศูนย์สาธิตและยืมอุปกรณ์ฯ มีคุณภาพชีวิตที่ดี

**9. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

9.1 หน่วยบริการได้พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟู

สมรรถภาพที่บ้าน ลดความแออัดในโรงพยาบาล

9.2 กลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึงบริการยืมกายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์ที่เกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้าน

9.3 ผู้ใช้บริการมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน สามารถฟื้นฟูร่างกายและจิตใจ ส่งผลดีต่อสุขภาพหรือการบำบัดรักษา ลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวผู้ป่วย

**10. ผู้รับผิดชอบโครงการ**

ชื่อ-สกุล.................................................. ตำแหน่ง:………….......……....…………………………สถานที่ติดต่อ : กลุ่มงาน...........................................ชื่อหน่วยบริการ......................................................................อำเภอ.................... จังหวัดสระบุรี โทรศัพท์: ....................................มือถือ: ........................................................ E-mail: .......................................

ผู้เสนอโครงการ

(………...............................................)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล....................

ผู้เห็นชอบโครงการ

(…....................................................)

อนุกรรมการด้านการแพทย์และกายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดสระบุรี

**โครงการที่ 2**

**โครงการ ปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ**

**ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี.............**

**หลักการและเหตุผล**

ตามที่ ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. 2562 ลงวันที่ 10 พฤษภาคม 2562 ข้อ 9 (2) (ค) เพื่อสนับสนุนการดำเนินการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐานเพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น ประกอบกับพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2)   
พ.ศ. 2556 มาตรา 20 คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ (10) การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การมีผู้ช่วยคนพิการ หรือการจัดให้มีสวัสดิการอื่นตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ และระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ การมีผู้ช่วยคนพิการ การช่วยเหลือคนพิการที่ไม่มีผู้ดูแล และสิทธิของผู้ดูแลคนพิการ พ.ศ. 2552 ได้กำหนดแนวทางการคุ้มครองสิทธิคนพิการ เกี่ยวกับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการไว้ว่า การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ โดยการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงหรือดัดแปลงที่อยู่อาศัยบางส่วนหรือทั้งหมด เพื่อขจัดอุปสรรคหรือจัดให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตในที่อยู่อาศัยนั้นได้โดยสะดวกและเหมาะสมกับสภาพความพิการรวมถึงความปลอดภัยและสุขอนามัย เพื่อให้การช่วยเหลือ ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้รับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่มีความเหมาะสม สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ องค์การบริหารส่วนตำบล............ จึงได้จัดทำโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

**1. วัตถุประสงค์**

1.1 เพื่อดำเนินการปรับสภาพบ้านและที่อยู่อาศัยสำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้เข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

1.2 เพื่อลดความเสี่ยงของอันตรายที่จะเกิดขึ้น และป้องกันความพิการซํ้าซ้อน

1.3 เพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้รับการฟื้นฟูอย่างถูกต้อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ ไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่นหรือเป็นภาระน้อยที่สุด

**2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย**

คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

**3. วิธีการดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม**

3.1 ประชาสัมพันธ์การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการฯ ให้ส่วนราชการในพื้นที่ทราบ   
เพื่อเสนอโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการฯ ในการขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัดสระบุรี

3.2 เสนอโครงการผ่านคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพพิจารณาอนุมัติโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับ ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และออกเยี่ยมบ้านและสอบข้อเท็จจริงกลุ่มเป้าหมาย เพื่อพิจารณากลุ่มเป้าหมายให้เป็นไปตามประกาศหลักเกณฑ์ของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ และเมื่อพิจารณาแล้วให้สรุปรวบรวมส่งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ (แนบรายงานการประชุมคณะทำงานฯ)

3.3 กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ แจ้งผลการพิจารณาอนุมัติเพื่อทำข้อตกลงดำเนินงานร่วมกัน และเบิกจ่ายงบประมาณให้ส่วนราชการในพื้นที่เพื่อดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ต่อไป

3.4 ดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามระเบียบฯ และรายงานผลการดำเนินงานปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ต่อกองทุนฟื้นฟู

สมรรถภาพ ระดับจังหวัดสระบุรี ภายในระยะเวลาที่กำหนดตามข้อตกลง

**รายละเอียดกิจกรรม**

1) ห้องน้ำและห้องอาบน้ำ เช่น ติดตั้งราวจับอุปกรณ์พยุงตัว วัสดุปูพื้นและปรับระดับพื้นเรียบ ไม่ลื่นปรับเปลี่ยนสุขภัณฑ์และอุปกรณ์ที่ถูกสุขอนามัย ปรับแสงสว่างและการระบายอากาศระบบสุขาภิบาลและการระบายน้ำที่ดี

2) บันได ติดตั้งราวจับพยุงตัวที่แข็งแรง ราวกันตก จมูกกันลื่น ขยายชั้นลูกนอน และปรับลดระยะ  
ชั้นลูกตั้งไม่ให้ชันและตั้งเกินไป และปรับชานพัก

3) ทางเดินภายในบ้าน ห้องนอน เตียงนอน พื้นที่พักผ่อน ห้องครัว ห้องอาหารภายในอาคารโดยติดตั้งราวจับอุปกรณ์พยุงตัวที่แข็งแรงในพื้นที่ที่ใช้งานบ่อย วัสดุปูพื้นและปรับระดับพื้นเรียบไม่ลื่น แสงสว่างและการระบายอากาศ การจัดเก็บสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ ให้เข้าที่ และติดตั้งผลิตภัณฑ์และสิ่งอำนวยความสะดวก มือจับ เตียงที่ห้อยขาลุกเองได้

4) หลังคา ชานบ้าน สวน ทางเดินรอบบ้าน ภายนอกอาคาร เช่น การปรับปรุงทางเดิน ทางลาด   
ราวจับเดิน และที่จอดรถ

5) รายละเอียดอื่นๆ เพื่อให้ที่อยู่อาศัยมีความมั่นคงแข็งแรงและปลอดภัย

**แผนการดำเนินงาน/แผนการใช้จ่ายงบประมาณ**

กิจกรรม เป้าหมายการดำเนินงาน แผนการดำเนินงาน

(ต.ค.–ธ.ค.) ไตรมาส 1

(ม.ค.-มี.ค.) ไตรมาส 2

(เม.ย.-มิ.ย.) ไตรมาส 4

(ก.ค.-ก.ย.) ไตรมาส 4

โครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประจำปี 2563

จำนวนบ้าน...............หลัง

จำนวนเงิน.................บาท

**4. ระยะเวลาดำเนินการ**

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

**5. งบประมาณ**

**จากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด............... จำนวนทั้งสิ้น..............บาท (....................................) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายดังนี้.....(ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ).......**

**6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ**

**อบจ. อปท. สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้สูงอายุหรือองค์กรอื่น ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. 2562 ข้อ 9 (2)**

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

7.1 ลดความเสี่ยงของอันตรายที่จะเกิดขึ้น และป้องกันความพิการซํ้าซ้อน

7.2 กลุ่มเป้าหมายตระหนักถึงความสามารถที่เหลืออยู่ และรู้คุณค่าของตนเอง

7.3 กลุ่มเป้าหมายสามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น หรือเป็นภาระน้อยที่สุด

**ผู้เสนอโครงการ**

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

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

**ผู้ตรวจสอบโครงการ**

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

**ผู้อำนวยการกองส่งเสริมคุณภาพชีวิต**

**ผู้เห็นชอบโครงการ**

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

**ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสระบุรี**

**กรรมการ/เลขานุการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัดสระบุรี**

**ผู้อนุมัติโครงการ**

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

**นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด**

**ประธานกรรมการบริหารกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัดสระบุรี**

**สิ่งส่งมอบ**

**รายงานผลการดำเนินงาน โครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ**

**ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี ............**

**ลำดับ ชื่อ-นามสกุล ที่อยู่ รายการปรับสภาพแวดล้อม**

**ค่าใช้จ่าย**

**(บาท)**

**1 -ห้องน้ำและห้องอาบน้ำ**

**-บันได ติดตั้งราวจับ**

**-ทางเดินภายในบ้าน ห้อง**

**นอน เตียงนอน**

**-หลังคา ชานบ้าน สวน**

**ทางเดินรอบบ้าน ภายนอก**

**อาคาร**

**2**

**3**

**4**

**รวม ...........................หลัง ...............บาท**

**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**

**แบบคำร้องขอรับบริการยืมอุปกรณ์**

**ศูนย์สาธิตและยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน โรงพยาบาล...............**

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)...........................................................................อายุ..........ปี อาการป่วย................................................................อยู่บ้านเลขที่...................หมู่..........ตำบล............................อำเภอ................................ ขอแจ้งความประสงค์รอคิวเพื่อยืมอุปกรณ์................................................................... หากโรงพยาบาลมีอุปกรณ์ดังกล่าวให้ยืมได้สามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่เบอร์............................................................**

**(ลงชื่อ)...............................................ผู้ยืม (ลงชื่อ)..............................................ผู้รับเรื่อง**

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

**ว/ด/ป.................................................. ว/ด/ป............................................**

**แบบคำร้องขอรับบริการยืมอุปกรณ์**

**ศูนย์สาธิตและยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน โรงพยาบาล...............**

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)...........................................................................อายุ..........ปี อาการป่วย................................................................อยู่บ้านเลขที่...................หมู่..........ตำบล............................อำเภอ................................ ขอแจ้งความประสงค์รอคิวเพื่อยืมอุปกรณ์................................................................... หากโรงพยาบาลมีอุปกรณ์ดังกล่าวให้ยืมได้สามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่เบอร์............................................................**

**(ลงชื่อ)...............................................ผู้ยืม (ลงชื่อ)..............................................ผู้รับเรื่อง**

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

**ว/ด/ป.................................................. ว/ด/ป............................................**

**แบบสรุปข้อมูลบริการฟื้นฟูสมรรถนภาพในชุมชน สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

**ข้อมูลบริการระหว่าง วดป...........................................ถึง วดป..................................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ**  **ที่** | **รหัสหน่วย**  **บริการ** | **ชื่อหน่วยบริการ** | **รหัส**  **บริการฟื้นฟูฯ** | **บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน** | **หน่วย** | **ราคากลาง**  **(บาท)** | **จำนวน**  **บริการ(ครั้ง)** | **รวมเป็นเงิน**  **(บาท)** | **หมายเหตุ**  **(เอกสารแนบ รายละเอียด)** |
|  |  |  | **H9339** | **กายภาพบำบัดในชุมชน** | **ครั้ง/ราย** | **150** |  |  |  |
|  |  |  | **H9383.1** | **กิจกรรมบำบัดในชุมชน** | **ครั้ง/ราย** | **150** |  |  |  |
|  |  |  | **H9383.2** | **กิจกรรมบำบัดในชุมชนรายกลุ่ม** | **ครั้ง/ราย** | **75** |  |  |  |

**ลงชื่อ ….................................................................. ผู้จัดทำข้อมูล**

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

**ตำแหน่ง ……...............................................................................**

**ลงชื่อ ……...............................................................…...........................**

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

**ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ..................**

**แบบสรุปข้อมูลรายการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ สำหรับคนพิการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

**ข้อมูลบริการระหว่าง วดป.….................................................ถึง วดป…............................................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **รหัสหน่วย**  **บริการ** | **ชื่อหน่วยบริการ** | **รหัส**  **อุปกรณ์ฯ** | **รายการกายอุปกรณ์/ ราย** | **หน่วย** | **ราคา**  **กลาง**  **(บาท)** | **🗌**  **จำนวน**  **ที่เบิกจ่าย** | **รวมเป็นเงิน**  **(บาท)** | **หมายเหตุ**  **(เอกสารแนบ รายละเอียด)** |
|  |  |  | **8706** | **ไม้ค้ำยันรักแร้แบบอลูมิเนียม** | **คู่ละ** | **650** |  |  |  |
|  |  |  | **8707** | **ไม้เท้าอลูมิเนียมแบบสามขา** | **อันละ** | **600** |  |  |  |
|  |  |  | **8708** | **ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้** | **อันละ** | **500** |  |  |  |
|  |  |  | **8711** | **ไม้ค้ำยันรักแร้แบบไม้** | **คู่ละ** | **350** |  |  |  |
|  |  |  | **8901** | **รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับได้ฯ** | **คันละ** | **6,600** |  |  |  |
|  |  |  | **8902** | **รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับไม่ได้** | **คันละ** | **4,400** |  |  |  |
|  |  |  | **8903** | **เบาะรองนั่งสำหรับคนพิการ** | **อันละ** | **800** |  |  |  |
|  |  |  | **8904** | **รถสามล้อโยกมาตรฐานสำหรับคนพิการ** | **คันละ** | **6,000** |  |  |  |
|  |  |  | **9001** | **แผ่นรองตัวสำหรับผู้ป่วยอัมพาตหรือที่นอนลม** | **อันละ** | **1,000** |  |  |  |

**ลงชื่อ ….................................................................. ผู้จัดทำข้อมูล**

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

**ตำแหน่ง ……...............................................................................**

**ลงชื่อ ……...............................................................…...........................**

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

**ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ….............................**

**สรุปรายชื่อผู้เข้าร่วมการฝึกทักษะการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว ( O&M)**

**สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ จากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัด**

**สำหรับผู้มีข้อมูลบริการระหว่าง วดป.….................................................ถึง วดป…............................................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ**  **ที่** | **รหัสหน่วย**  **บริการ** | **ชื่อหน่วยบริการ**  **/หน่วยงานที่**  **ให้บริการ O&M** | **เลขบัตรประชาชน**  **ผู้รับบริการ** | **ชื่อ นามสกุล** | **วันที่เริ่มต้นฝึกฯ**  **O&M** | **วันสิ้นสุดการ**  **ฝึกฯ O&M** | **รวม**  **จำนวน**  **(ชม)** | **ค่าบริการ**  **(บาท)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **9,000** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ลงชื่อ ….................................................................. ผู้จัดส่งข้อมูล**

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

**ตำแหน่ง ……...............................................................................**

**ลงชื่อ ……...............................................................…...........................**

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

**ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต..............**

**แบบสรุปรายงานข้อมูลการจัดหา ซ่อม ดัดแปลงเปลี่ยนชิ้นส่วน หรือจัดทำเป็นกรณีเฉพาะของอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ**

**ข้อมูลบริการระหว่าง วดป.….................................................ถึง วดป…............................................................**

**ชื่อหน่วยงาน.............................................บ้านเลขที่.....................ตำบล....................................อำเภอ...............................................จังหวัด......................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **ประเภทบริการ** | **รายการ** | **หน่วย** | **ราคากลาง (บาท)** | **จำนวนชิ้น** | **รวมเป็นเงิน** | **หมายเหตุ**  **(เอกสารแนบ รายละเอียด)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**รายงานการรับเงิน-จ่ายเงิน ประจำเดือน……………………… ปีงบประมาณ………………………**

**ของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดสระบุรี**

|  |  |
| --- | --- |
| **รายการ** | **บาท** |
| **ยอดยกมา** |  |
| **รายรับ** |  |
| **เงินที่ได้รับจัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** |  |
| **เงินสมทบจาก องค์การบริหารส่วนจังหวัด** |  |
| **เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจาก อบต. / เทศบาล** |  |
| **เงินสมทบจากชุมชน กองทุนชุมชน** |  |
| **เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาค** |  |
| **เงินได้ดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร** |  |
| **รายได้อื่นๆ ได้แก่ .................................** |  |
| **รวมรายรับ** |  |
| **รายจ่าย** |  |
| **ประเภทที่ 1 ค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนในลักษณะการจัดบริการ การจัดหา รวมถึงการซ่อม ดัดแปลง**  **เปลี่ยนชิ้นส่วน หรือการจัดทำเป็นกรณีเฉพาะของอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ** |  |
| **1.1 การจัดบริการให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ให้แก่ผู้พิการ** |  |
| **1.2 การซ่อม ดัดแปลง เปลี่ยนชิ้นส่วน หรือการจัดทำเป็นกรณีเฉพาะของอุปกรณ์เครื่องช่วยความ**  **พิการให้แก่ผู้พิการ** |  |
| **ประเภทที่ 2 ค่าใช้จ่ายที่สนับสนุนในลักษณะโครงการ หรือกิจกรรม ตามที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ** |  |
| **2.1 สนับสนุนการดำเนินการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น รวมถึงค่าใช้จ่ายในการจัดหา**  **ซ่อมแซม และเคลื่อนย้ายอุปกรณ์** |  |
| **2.2 สนับสนุนการจัดบริการ การพัฒนารูปแบบการดูแล ช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพ ในระดับ**  **ชุมชนและที่บ้าน** |  |
| **2.3 สนับสนุนการดำเนินการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน** |  |
| **ประเภทที่ 3 ค่าใช้จ่ายสนับสนุนค่าบริหารจัดการหรือพัฒนากองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีประสิทธิภาพ** |  |
| **รวมรายจ่าย** |  |
| **รับเงินคืนจากโครงการ** |  |
| **รายรับ มากกว่า (น้อยกว่า) รายจ่าย** |  |
| **คงเหลือยกไป** |  |

**เรียน ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ**

**(ลงชื่อ)...................................................ผู้รายงาน (ลงชื่อ)................................................ผู้ตรวจสอบ**

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

**ผู้รับผิดชอบการเงินและบัญชี ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ**

**(ลงชื่อ)...........................................ผู้ตรวจสอบ**

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

**เลขานุการคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ**

**รายงานการรับเงิน – จ่ายเงิน ประจำไตรมาส.................... ปีงบประมาณ..........................**

**ของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดสระบุรี**

**□ ประจำไตรมาสที่ 1 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม) □ ประจำไตรมาสที่ 2 (เดือนมกราคม - มีนาคม)**

**□ ประจำไตรมาสที่ 3 (เดือนเมษายน - มิถุนายน) □ ประจำไตรมาสที่ 4 (เดือนกรกฎาคม - กันยายน)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ไตรมาสนี้** | **รวมทั้งปี** |
| **ยอดยกมา** |  |  |
| **รายรับ** |  |  |
| **เงินที่ได้รับจัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** |  |  |
| **เงินสมทบจาก องค์การบริหารส่วนจังหวัด** |  |  |
| **เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจาก อบต. / เทศบาล** |  |  |
| **เงินสมทบจากชุมชน กองทุนชุมชน** |  |  |
| **เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาค** |  |  |
| **เงินได้ดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร** |  |  |
| **รายได้อื่นๆ ได้แก่ .................................** |  |  |
| **รวมรายรับ** |  |  |
| **รายจ่าย** |  |  |
| **ประเภทที่ 1 ค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนในลักษณะการจัดบริการ การจัดหา รวมถึงการซ่อม ดัดแปลงเปลี่ยนชิ้นส่วน หรือการจัดทำเป็นกรณีเฉพาะของอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ** |  |  |
| **1.1 การจัดบริการให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้แก่ผู้พิการ** |  |  |
| **1.2 การซ่อม ดัดแปลง เปลี่ยนชิ้นส่วน หรือการจัดทำเป็นกรณีเฉพาะของอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้แก่ผู้พิการ** |  |  |
| **ประเภทที่ 2 ค่าใช้จ่ายที่สนับสนุนในลักษณะโครงการ หรือกิจกรรม ตามที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ** |  |  |
| **2.1 สนับสนุนการดำเนินการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น รวมถึงค่าใช้จ่ายในการจัดหา ซ่อมแซม และเคลื่อนย้ายอุปกรณ์** |  |  |
| **2.2 สนับสนุนการจัดบริการ การพัฒนารูปแบบการดูแล ช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพ ในระดับชุมชนและที่บ้าน** |  |  |
| **2.3 สนับสนุนการดำเนินการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน** |  |  |
| **ประเภทที่ 3 ค่าใช้จ่ายสนับสนุนค่าบริหารจัดการหรือพัฒนากองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีประสิทธิภาพ** |  |  |
| **รวมรายจ่าย** |  |  |
| **รับเงินคืนจากโครงการ** |  |  |
| **รายรับ มากกว่า (น้อยกว่า) รายจ่าย** |  |  |
| **คงเหลือยกไป** |  |  |

**เรียน ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ**

**(ลงชื่อ)...................................................ผู้รายงาน (ลงชื่อ)................................................ผู้ตรวจสอบ**

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

**ผู้รับผิดชอบการเงินและบัญชี ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ**

**(ลงชื่อ)...........................................ผู้ตรวจสอบ**

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

**เลขานุการคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ**

**(โลโก้)**

**ใบสำคัญรับเงิน**

**วันที่ ….. เดือน ....………….….. พ.ศ. .............**

**ข้าพเจ้า ................…….…………………...................…...................... อยู่บ้านเลขที่ ………...…………..**

**ตำบล ....………………………………… อำเภอ ……………....................……… จังหวัด …………...............……………......**

**ได้รับเงินจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัด ........................................... ที่อยู่ ..............................................................**

**..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**ดังรายการต่อไปนี้**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการ** | **จำนวนเงิน** | |
|  |  |  |
|  |  |  |

**จำนวนเงิน ………………………………...…………………บาท**

**(ตัวอักษร)**

**ลงชื่อ ………………………………………………ผู้รับเงิน**

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

**ลงชื่อ ………………………………………………ผู้รับเงิน**

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

**ลงชื่อ ………………………………………………ผู้จ่ายเงิน**

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

**เล่มที่…………………**

**เลขที่…………………**

**(โลโก้)**

**ใบสำคัญรับเงิน**

**วันที่ ………... เดือน ....………….….. พ.ศ. ............................**

**กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดสระบุรี เลขที่.…...……..........….....................................…..………...........**

**ตำบล ....…………………………………… อำเภอ …………………...................……จังหวัด ………………........................……………......**

**ได้รับเงินจาก ................................................................ ที่อยู่ .............................................................................................**

**...............................................................................................................................................................................................**

**ดังรายการต่อไปนี้**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการ** | **จำนวนเงิน** | |
|  |  |  |
|  |  |  |

**จำนวนเงิน ………………………………...…………………บาท**

**(อักษร)**

**ลงชื่อ ………………………………………………ผู้รับเงิน**

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