

แบบบันทึกข้อมูลการขอรับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ไปใช้ที่บ้าน
กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดสระบุรี

อุปกรณ์ออกกำลังกาย

- ☐ ฤทธาย 0.5 Kg. ☐ ฤทธาย 1.0 Kg. ☐ ฤทธาย 1.5 Kg. ☐ ฤทธาย 2.0 Kg. ☐ ฤทธาย 2.5 Kg. ☐ รอกออกกำลังกาย
☐ อุปกรณ์ออกกำลังกายกล้ามเนื้อเหยียดแขน (Push up block) ☐ อุปกรณ์ออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา (Quadriceps board)

อุปกรณ์อื่นๆ

- ☐ จุกยางสวมไม้ค้ำยัน ☐ จุกยางสวม walker หรือไม้เท้าสามจุด/หนึ่งจุด
☐ เข็มขัดพยุงตัวผู้ป่วย (Safety belt) ☐ เก้าอี้นั่งถ่าย
☐ อุปกรณ์พยุงข้อไหล่ (Bobath sling) ระบุ size (S, M, L)
☐ อุปกรณ์พยุงข้อเท้า (Plastic AFOs) ระบุ ข้างและ size (S, M, L)
☐ บัตรคำเพิ่มศักยภาพทางภาษาและการพูด ☐ โต๊ะคร่อมเตียง (Over bed)

๗. ระยะเวลาที่ขอรับการสนับสนุน

- ☐ 3 เดือน ☐ 6 เดือน ☐ 1 ปี ☐ มากกว่า 1 ปี ☐ ตลอดชีพ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นแบบคำขอ ลงชื่อ.....ผู้รับเรื่อง

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

วันที่...../...../..... วันที่...../...../.....

กองทุน/หน่วยงาน ที่ให้การสนับสนุน

- ☐ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดสระบุรี
☐ กองทุนธารน้ำใจ คนสระบุรี ไม่ทอดทิ้งกัน

วัสดุ/อุปกรณ์ ที่ได้รับการสนับสนุนเป็นสมบัติของกองทุนฯ ห้ามนำไปขายหรือแลกเปลี่ยน
หากมีการสูญหาย ผู้ขอรับการสนับสนุนต้องเป็นผู้รับผิดชอบหรือชดเชยคืนให้กับกองทุนฯ และให้ใช้สำหรับ
ผู้ป่วยรายนี้เท่านั้น กรณีไม่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ **ห้ามส่งต่อโดยไม่ได้รับอนุญาต** ให้โทรแจ้ง
เจ้าหน้าที่ กองทุน ฯ โทร. 036 - 212188

กำหนดนัดตรวจสอบวัสดุ/อุปกรณ์ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ความคิดเห็นของผู้รับรอง (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต)

- ☐ เห็นควรได้รับอุปกรณ์
☐ ไม่เห็นควรได้รับอุปกรณ์ เนื่องจาก.....

เอกสารประกอบการขอรับสนับสนุนฯ

๑. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ
๔. รูปถ่ายผู้ป่วย (ถ้ามี) จำนวน ๑ รูป

เอกสารสำหรับผู้มารับอุปกรณ์

- สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
*กรุณานำเอกสารมาในวันนัดมารับอุปกรณ์

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....