



ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลบางพรหม
เรื่อง ประชาสัมพันธ์การรับลงทะเบียนผู้ทุพพลภาพ/ผู้ป่วย ตามโครงการสนับสนุนและส่งเสริม
การจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพเพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข
ของกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลบางพรหม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

.....

ตามที่ องค์การบริหารส่วนตำบลบางพรหม ได้ดำเนินการโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลบางพรหม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๐(๘) แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกัน สุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ผู้ทุพพลภาพอันได้แก่ คน พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีภาวะยากลำบากในการไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเอง อันเนื่องมาจากข้อจำกัดทางกาย เพื่อให้บุคคลดังกล่าว สามารถเข้ารับบริการสาธารณสุข นั้น

กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหาร ส่วนตำบลบางพรหมจึงกำหนดคุณสมบัติของผู้มีสิทธิลงทะเบียนขอรับการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ พาหนะรับส่ง ดังนี้

๑. คนพิการ ได้แก่ บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การดำรงชีวิต หรือการทำ กิจกรรมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่ จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมี ส่วนร่วมทางสังคมได้อย่าง บุคคลทั่วไป

๒. ผู้สูงอายุ ได้แก่ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ปี ขึ้นไป ที่มีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ โดยไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ในการทำกิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐาน หรือมีปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่ต้องการการดูแล อย่างต่อเนื่องหรือมีภาวะทุพพลภาพทางร่างกายหรือจิตใจ

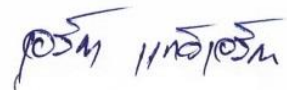
๓. ผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการไปรับบริการสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง ได้แก่ บุคคลที่มี ข้อจำกัดทาง ร่างกาย มีปัญหาด้านสุขภาพจิต มีโรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวหรือการเดินทาง หรือบุคคลที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลหรือทุรกันดาร หรือเข้าถึงระบบขนส่งสาธารณะได้ยาก บุคคลที่มีฐานะยากจน ไม่สามารถจ่ายค่า เดินทางไปสถานพยาบาลได้ ขาดผู้ดูแลหรือญาติที่สามารถพาไปรับบริการทางการแพทย์มีอุปสรรคในการสื่อสารที่ ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ด้วยตนเองหรือบุคคลที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษระหว่างการเดินทางหรือมีความ กลัวหรือความวิตกกังวลอย่างรุนแรงเกี่ยวกับการออกนอกบ้านหรือการเข้ารับบริการทางการแพทย์

(ตามรายละเอียดแนบท้ายประกาศ)

ทั้งนี้ ประชาชนสามารถยื่นความประสงค์ลงทะเบียน แจ้งความประสงค์ขอรับการจัดบริการ พาหนะรับส่งสำหรับการเดินทางเข้ารับบริการทางการแพทย์ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆได้ ตั้งแต่ ๑๕ – ๒๕ กันยายน ๒๕๖๔ ณ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมองค์การบริหารส่วนตำบลบางพรหม

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘



(นายเจริญ แก้วเจริญ)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบางพรม

องค์การบริหารส่วนตำบลบางพรม

แนบท้ายประกาศ
หลักเกณฑ์และคุณสมบัติของผู้เข้าร่วม
โครงการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพเพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข
กองทุนหลักประกันสุขภาพพอบต.บางพรหม
เริ่ม วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ - วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙

๑. ผู้ป่วยที่มีนัดหมาย (ต้องมีใบนัด)
 - ๑.๑ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
 - ๑.๒ โรงพยาบาลอัมพวา
 - ๑.๓ โรงพยาบาลนภาลัย
๒. ผู้ป่วยทุพพลภาพ/ผู้พิการ/ที่เคลื่อนไหวร่างกายได้สะดวก
๓. ผู้สูงอายุ (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) ที่พอช่วยเหลือตัวเองได้
๔. ผู้ป่วยที่เข้าถึงระบบขนส่งสาธารณะได้ยาก หรือมีฐานะยากจนไม่สามารถจ้างพาหนะหรือเดินทางไปยังสถานพยาบาลได้
๕. ต้องมีญาติเดินทางร่วมกับผู้ป่วย ๑ คน (ยกเว้นหากไม่มีญาติเจ้าหน้าที่จะเป็นผู้ประเมินเป็นกรณีไป)
๖. ไม่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล
๗. มีภูมิลำเนาหรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่เขตตำบลบางพรหม
๘. ให้บริการวันจันทร์ - วันศุกร์ เวลา ๐๗.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. (ยกเว้นวันหยุดราชการวันหยุดนักขัตฤกษ์)
๙. สามารถใช้บริการได้ไม่เกินเดือนละ ๔ ครั้ง/คน
๑๐. ต้องแจ้งลงทะเบียนใช้บริการล่วงหน้า ๗ วัน
๑๑. เวลารับผู้ป่วยรอบเช้า ๐๗.๓๐ น. และเวลารับกลับ ๑๓.๐๐ น.
เวลารับผู้ป่วยรอบบ่าย ๑๑.๓๐ น. และเวลารับกลับ ๑๖.๐๐ น.

เอกสารหลักฐาน ประกอบการยื่นคำร้องดังต่อไปนี้

- ***สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย ๑ ฉบับ
- ***สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย ๑ ฉบับ
- ***สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ป่วย ๑ ฉบับ (ถ้ามี)
- ***สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำร้องแทน ๑ ฉบับ (กรณียื่นแทน)
- ***ใบนัดโรงพยาบาล



เลขที่/๒๕๖๘

แบบลงทะเบียนขอรับการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ
เพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.บางพรม
องค์การบริหารส่วนตำบลบางพรม อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ๒๕๖.....

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลผู้ป่วยที่ขอรับบริการ

๑. ชื่อ (นาย/นาง/ นางสาว/ อื่นๆ).....
๒. เลขบัตรประจำตัวประชาชน
๓. วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี เบอร์โทรศัพท์.....
๔. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่หมู่ที่.....ตำบลบางพรม อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม
๕. สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ สมรสแยกกันอยู่ ☐ หย่าร้าง ☐ หม้าย
๖. ป่วยด้วยโรค/กลุ่มอาการ

๖.๑ อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน (ระบุอาการ).....

๖.๒ ชื่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา

- ☐ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
☐ โรงพยาบาลอัมพวา
☐ โรงพยาบาลนวลาลัย

๖.๓ ระยะทางในการเดินทางจากที่พักไปยังโรงพยาบาล..... กิโลเมตร

๖.๔ ความถี่ในการเข้ารับการรักษา

- ☐ ๑-๒ ครั้งต่อเดือน ☐ ๓-๔ ครั้งต่อเดือน ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

๗. ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่พักอาศัยร่วมกันจริงในปัจจุบัน) จำนวนคน

ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อยู่อาศัยอยู่ร่วมกันจริงในปัจจุบัน)

๗.๑ ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

ประกอบอาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์.....

๗.๒ ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

ประกอบอาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์.....

๗.๓ ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

ประกอบอาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์.....

๗.๔ ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

ประกอบอาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์.....

๗.๕ ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

ประกอบอาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์.....

๘. รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนบาท/เดือน

ส่วนที่ ๒ ปัญหาความเดือดร้อนของผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับความเดือดร้อนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในการดำรงชีพ ดังนี้

กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยพิการ (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ☐ ความพิการทางการมองเห็น
- ☐ ความพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย
- ☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
- ☐ ความพิการทางการสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม
- ☐ ความพิการทางสติปัญญา การเรียนรู้
- ☐ ความพิการทางออทิสติก

กลุ่มที่ ๒ ผู้สูงอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ☐ ไม่สามารถพึ่งพาตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้
- ☐ มีปัญหาสุขภาพที่ต้องการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- ☐ มีภาวะทุพพลภาพทางร่างกายหรือจิตใจ
- ☐ ขาดผู้ดูแลหรือญาติพี่น้องที่สามารถให้การช่วยเหลือได้

กลุ่มที่ ๓ ผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเอง (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ☐ เป็นบุคคลที่มีข้อจำกัดทางร่างกาย
- ☐ เป็นบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต
- ☐ เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวหรือการเดินทาง
- ☐ เป็นบุคคลที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลหรือทุรกันดารหรือเข้าถึงระบบขนส่งสาธารณะได้ยาก
- ☐ เป็นบุคคลที่มีฐานะยากจนไม่สามารถจ่ายค่าเดินทางไปสถานพยาบาลได้ ผู้ป่วยยากไร้
- ☐ ผู้ป่วยขาดผู้ดูแลหรือญาติที่สามารถพาไปรับบริการทางการแพทย์/ ผู้ป่วยไร้ที่พึ่ง/ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล
- ☐ ผู้ป่วยมีอุปสรรคด้านการสื่อสารที่ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ด้วยตนเอง
- ☐ เป็นบุคคลที่ต้องการการดูแลพิเศษระหว่างการเดินทาง
- ☐ ผู้ป่วยมีความกลัวหรือวิตกกังวลอย่างรุนแรงเกี่ยวกับการออกนอกบ้านหรือเข้ารับบริการทางการแพทย์

ส่วนที่ ๓ ผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย (กรณีผู้ป่วยยื่นคำขอเองไม่ต้องกรอก)

- ๓.๑ ชื่อ (นาย/ นาง นางสาว/อื่นๆ).....นามสกุล.....
- ๓.๒ เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
- ๓.๓ วัน/เดือน/ปีเกิด เบอร์โทรศัพท์.....
- ๓.๔ ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ตำบลบางพระ อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม
- ๓.๕ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

ส่วนที่ ๔ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาประกอบคำขอ ดังนี้

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ป่วย (ถ้ามี)
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำร้องแทน (กรณีอื่นแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นที่ให้ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ หากการให้ข้อมูลของข้าพเจ้าไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้องค์การบริหารส่วนตำบลบางพรหม ระงับการช่วยเหลือและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

จึงลงลายมือชื่อไว้ เป็นหลักฐาน

ลงชื่อผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อผู้รับลงทะเบียน

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อพยาน

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อพยาน

(.....)

วันที่...../...../.....