

วัสดุ/อุปกรณ์ ที่ได้รับการสนับสนุนเป็นสมบัติของกองทุนฯ ห้ามนำไปขายหรือแลกเปลี่ยน หากมีการสูญหาย ผู้ขอรับการสนับสนุนต้องเป็นผู้รับผิดชอบหรือชื้อคืนให้กับกองทุนฯ และให้ใช้สำหรับผู้ป่วยรายนี้เท่านั้น กรณีไม่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ ห้ามส่งต่อให้ผู้อื่นโดยไม่ได้รับอนุญาต ให้โทรกลับ...แจ้งเจ้าหน้าที่ กองทุนฯ หมายเลข โทรศัพท์ 036 - 699388 ต่อ 204

กองทุนฯ/หน่วยงาน ที่ให้การสนับสนุน

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดสิงห์บุรี

เรียน ประธานคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดสิงห์บุรี

ฝ่ายเลขานุการตรวจสอบวัสดุ/อุปกรณ์ แล้วปรากฏว่า

มีวัสดุ/อุปกรณ์ เพียงพอ สามารถสนับสนุนได้

มีวัสดุ/อุปกรณ์ ไม่เพียงพอ ไม่สามารถสนับสนุนได้ เห็นควรรวบรวมเรื่องเพื่อพิจารณาหาแนวทาง

ช่วยเหลือในโอกาสต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

.....

ความเห็นประธาน.....

.....

ลงชื่อ.....

(นายศุภวัฒน์ เทียนถาวร)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี

ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดสิงห์บุรี

เอกสารประกอบขอรับสนับสนุนฯ

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

เอกสารสำหรับผู้มารับอุปกรณ์

สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

*กรุณานำเอกสารมาในวันที่มารับอุปกรณ์



แบบบันทึกข้อมูลการขอรับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ไปใช้ที่บ้าน
กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดสิงห์บุรี

๑. ชื่อผู้ขอรับ.....สกุล.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

สิทธิการรักษาพยาบาล โทรศัพท์.....

ที่อยู่.....

๒. ชื่อผู้ดูแล.....สกุล.....อายุ.....ปี

ความสัมพันธ์..... โทรศัพท์.....

ที่อยู่.....

๓. หน่วยงานด้านสาธารณสุขใกล้บ้าน (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต).....

อำเภอ.....เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน.....โทรศัพท์.....

๔. กลุ่มเป้าหมาย

คนพิการ (ท.๗๔/พมจ.) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate Care

ผู้ป่วยที่ต้องดูแลระยะยาว Long Term Care ผู้ป่วยที่ต้องดูแลระยะสุดท้าย Palliative Care

๕. การวินิจฉัยโรค

โรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal cord injury) บาดเจ็บที่เนื้อสมองและศีรษะ

(Traumatic brain injury) โรคข้อเข่าเสื่อม โรคเรื้อรังทางอายุรกรรม (COPD CKD HT DM)

โรคข้อสะโพกเสื่อม/ผ่าตัดข้อสะโพก โรคปวดหลังเรื้อรัง โรคพิการทางการเคลื่อนไหวแต่กำเนิด

อื่นๆ โปรดระบุ

๖. อุปกรณ์ที่ต้องการขอรับการสนับสนุน

อุปกรณ์ในการเคลื่อนย้ายตัวเอง:

รถเข็นนั่งแบบมาตรฐาน สามล้อโยก

๗. ระยะเวลาที่ขอรับการสนับสนุน

3 เดือน 6 เดือน 1 ปี มากกว่า 1 ปี ตลอดชีพ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นแบบคำขอ

(.....)

วันที่...../...../.....

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

เห็นควรได้รับอุปกรณ์

ไม่เห็นควรได้รับอุปกรณ์ เนื่องจาก.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....