



ประกาศกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลโนนงาม
เรื่อง หลักเกณฑ์ในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ
เพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข

ด้วยกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลโนนงาม ได้ดำเนินการจัดทำแผนสุขภาพตำบลและได้จัดทำโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพเพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข ในปีงบประมาณ ๒๕๖๘ อันได้แก่ คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีภาวะยากลำบากในการไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเอง อันเนื่องมาจากข้อจำกัดทางร่างกาย เพื่อให้บุคคลดังกล่าวสามารถเข้ารับบริการสาธารณสุข นั้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๐(๘) แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๗ และที่แก้ไขเพิ่มเติม กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลโนนงาม จึงกำหนดคุณสมบัติของผู้มีสิทธิลงทะเบียนขอรับการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพเพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข ดังนี้

๑. คนพิการ ได้แก่ บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การดำรงชีวิต หรือการทากิจวัตรทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป
๒. ผู้สูงอายุ ได้แก่ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปี ขึ้นไป ที่มีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ โดยไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน หรือมีปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องหรือมีภาวะทุพพลภาพทางร่างกายหรือจิตใจและขาดผู้ดูแลหรือญาติพี่น้องที่สามารถให้การช่วยเหลือได้
๓. ผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการไปรับบริการสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง ได้แก่ บุคคลที่มีข้อจำกัดทางร่างกาย มีปัญหาด้านสุขภาพจิต มีโรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวหรือการเดินทาง หรือบุคคลที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลหรือทุรกันดาร หรือเข้าถึงระบบขนส่งสาธารณะได้ยาก บุคคลที่มีฐานะยากจนไม่สามารถจ่ายค่าเดินทางไปสถานพยาบาลได้ ขาดผู้ดูแลหรือญาติที่สามารถพาไปรับบริการทางการแพทย์มีอุปสรรคในการสื่อสารที่ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ด้วยตนเองหรือบุคคลที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ

ระหว่างการเดินทางหรือมีความกลัวหรือความวิตกกังวลอย่างรุนแรงเกี่ยวกับการออก
นอกบ้านหรือการเข้ารับบริการทางการแพทย์

ทั้งนี้ ประชาชนสามารถยื่นความประสงค์ลงทะเบียน และแจ้งความประสงค์ขอรับการจัดการบริการ
พาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพเพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข สำหรับการเดินทางเข้ารับบริการทางการแพทย์
โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป ถึงวันที่ ๓๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘ ณ กองสาธารณสุข
และสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลโนนงาม หากมีข้อสงสัย ติดต่อสอบถาม โทร. ๐ ๔๕๕๒
๕๙๒๔ ในวันและเวลาราชการ

ประกาศ ณ วันที่ ๕ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘



(นายทอน บุตตะ)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโนนงาม

แบบลงทะเบียนขอรับการสนับสนุนและส่งเสริม
การจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพเพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข
องค์การบริหารส่วนตำบลโนนงาม อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลผู้ป่วยที่ขอรับบริการ

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....สกุล.....

๒. เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ----

๓. วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี เบอร์โทรศัพท์.....

๔. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบลโนนงาม อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

๕. สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ สมรสแยกกันอยู่ ☐ หย่าร้าง ☐ หม้าย

๖. ป่วยด้วยโรค/กลุ่มอาการ.....

๖.๑ อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน (ระบุอาการ).....

๖.๒ ชื่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....

๖.๓ ระยะทางในการเดินทางจากที่พักไปยังสถานพยาบาล.....กิโลเมตร

๖.๔ ความถี่ในการเข้ารับการรักษา ☐ ๑-๒ ครั้งต่อเดือน ☐ ๓-๔ ครั้งต่อเดือน

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

๗. ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่พักอาศัยร่วมกันจริงในปัจจุบัน) จำนวน.....คน

ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย	อาชีพ	รายได้ (บาทต่อ เดือน)	เบอร์โทรศัพท์	หมายเหตุ

รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน.....บาท

ส่วนที่ ๒ ปัญหาความเดือดร้อนของผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับความเดือดร้อนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในการดำรงชีพ ดังนี้

กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยพิการ (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

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

กลุ่มที่ ๒ ผู้สูงอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

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

กลุ่มที่ ๓ ผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเอง (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

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

ส่วนที่ ๓ ผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย (กรณีผู้ป่วยยื่นคำขอเองไม่ต้องกรอก)

๑. ชื่อ (นาย/ นาง/ นางสาว/อื่นๆ).....สกุล.....

๒. เลขบัตรประจำตัวประชาชน -

๓. วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี เบอร์โทรศัพท์.....

๔. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบลโนนงาม อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

๕. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

ส่วนที่ ๔ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาประกอบคำขอ ดังนี้

- ☒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย ๑ ฉบับ
- ☒ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย ๑ ฉบับ
- ☒ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ป่วย ๑ ฉบับ (ถ้ามี)
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำร้องแทน ๑ ฉบับ (กรณียื่นแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นที่ให้ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ หากการให้ข้อมูลของข้าพเจ้าไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้องค์การบริหารส่วนตำบลโนนงามระงับการช่วยเหลือและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

วันที่.....

ประชาสัมพันธ์กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลโนนงาม

ด้วยกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการพาหนะรับส่ง ผู้ทุพพลภาพไปยังโรงพยาบาล เพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง

ในการนี้ องค์การบริหารส่วนตำบลโนนงาม จึงขอเชิญผู้สูงอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเอง ในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ หรือมีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง หรือขาดผู้ดูแลหรือญาติพี่น้องที่สามารถให้การช่วยเหลือได้ หรือผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการเดินทางไปรับบริการสาธารณสุข บุคคลที่มีข้อจำกัดทางกาย หรือผู้ป่วยที่เข้าถึงระบบขนส่งสาธารณะได้ยาก รวมถึงผู้พิการในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลโนนงาม ยินลงทะเบียนแจ้งความประสงค์ ขอรับการ จัดบริการพาหนะรับ-ส่ง สำหรับการเดินทางเข้ารับบริการทางการแพทย์ ได้ฟรี! โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ

ทั้งนี้ องค์การบริหารส่วนตำบลโนนงาม จะเปิดรับลงทะเบียน ตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไปถึงวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๘ ในวันและเวลาราชการ และให้ท่านเตรียมเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำร้องดังต่อไปนี้

- ☒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย ๑ ฉบับ
- ☒ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย ๑ ฉบับ
- ☒ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ป่วย ๑ ฉบับ (ถ้ามี)
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำร้องแทน ๑ ฉบับ (กรณียื่นแทน)

โดยท่านสามารถยื่นความประสงค์ลงทะเบียน ได้ที่ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลโนนงาม อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

หรือที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน ประธาน อสม. หรือ อสม. ในหมู่บ้านของท่าน หากท่านสงสัยติดต่อสอบถาม โทร. ๐ ๔๕๕๒ ๕๙๒๔