



ที่ นม ๕๒๗๖๓/ว. ๑๓๙

สำนักงานเทศบาลตำบลไชยมงคล
๖๖๖ หมู่ที่ ๑ ตำบลไชยมงคล
อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ๓๐๐๐๐

๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙

เรื่อง ประชาสัมพันธ์รับลงทะเบียนขอรับการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ เพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข

เรียน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และประชาชนในพื้นที่ตำบลไชยมงคลทุกหมู่บ้าน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาประกาศกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลไชยมงคล เรื่อง จำนวน ๑ ฉบับ
หลักเกณฑ์ในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพฯ
๒. แบบลงทะเบียนขอรับการสนับสนุนฯ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย เทศบาลตำบลไชยมงคล ได้จัดทำโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพเพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข อันได้แก่ คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเอง เพื่อให้บุคคลดังกล่าวสามารถเข้ารับบริการสาธารณสุขได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย นั้น

ในการนี้ เทศบาลตำบลไชยมงคล จึงขอเชิญผู้สูงอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ หรือมีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง หรือขาดผู้ดูแลหรือญาติพี่น้องที่สามารถให้การช่วยเหลือได้ หรือผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการเดินทางไปรับบริการสาธารณสุข บุคคลที่มีข้อจำกัดทางกาย หรือผู้ป่วยที่เข้าถึงระบบขนส่งสาธารณะได้ยาก รวมถึงผู้พิการในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลไชยมงคล ที่มีภูมิลำเนาตำบลไชยมงคล อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา และพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ ยื่นลงทะเบียน แจ้งความประสงค์ขอรับการจัดบริการพาหนะรับส่งสำหรับการเดินทางเข้ารับบริการทางการแพทย์ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ

ทั้งนี้ เทศบาลตำบลไชยมงคล จะเปิดรับลงทะเบียน ตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป ถึงวันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๙ ในวันและเวลาราชการ และให้ท่านเตรียมเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำร้องดังต่อไปนี้

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย ๑ ฉบับ
๒. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย ๑ ฉบับ
๓. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ป่วย ๑ ฉบับ (ถ้ามี)
๔. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำร้องแทน ๑ ฉบับ (กรณียื่นแทน)

โดยท่านสามารถยื่นความประสงค์ลงทะเบียน ได้ที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลไชยมงคล อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา โทรศัพท์ ๐๔๔ - ๐๘๑๐๘๑ หรือที่ทำการผู้ใหญ่บ้านประธานอสม. ทุกหมู่บ้าน เมื่อสิ้นสุดการลงทะเบียนแล้วคณะกรรมการจะประชุมเพื่อกลั่นกรองผู้ขอรับบริการที่มีคุณสมบัติต่อไป ทั้งนี้ ได้แนบรายละเอียดหลักเกณฑ์และแบบฟอร์มการลงทะเบียนมาพร้อมหนังสือฉบับนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมโภชน์ นามประสิทธิ์)

นายกเทศมนตรีตำบลไชยมงคล

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
โทรศัพท์, โทรสาร ๐๔๔-๐๘๑-๐๘๑



ประกาศกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลไชยมงคล
เรื่อง หลักเกณฑ์ในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ
เพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๙

ด้วยกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลไชยมงคล ได้ดำเนินการจัดทำแผนสุขภาพตำบลและได้จัดทำโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพเพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข อันได้แก่ คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเอง เพื่อให้บุคคลดังกล่าวสามารถเข้ารับบริการสาธารณสุข นั้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๐ (๘) แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๗ และที่แก้ไขเพิ่มเติม กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลไชยมงคล จึงกำหนดคุณสมบัติของผู้มีสิทธิลงทะเบียนขอรับการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการพาหนะรับส่ง เพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข ดังนี้

๑. คนพิการ ได้แก่ บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การดำรงชีวิต หรือการทำกิจกรรมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

๒. ผู้สูงอายุ ได้แก่ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปี ขึ้นไป ที่มีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือโดยไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ในการทำกิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐาน หรือมีปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องหรือมีภาวะทุพพลภาพทางร่างกายหรือจิตใจและขาดผู้ดูแลหรือญาติพี่น้องที่สามารถให้การช่วยเหลือได้

๓. ผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการไปรับบริการสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง ได้แก่ บุคคลที่มีข้อจำกัดทางร่างกาย มีปัญหาด้านสุขภาพจิต มีโรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวหรือการเดินทาง หรือบุคคลที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลหรือทุรกันดาร หรือเข้าถึงระบบขนส่งสาธารณะได้ยาก หรือบุคคลที่มีฐานะยากจน ไม่สามารถจ่ายค่าเดินทางไปสถานพยาบาลได้ ขาดผู้ดูแลหรือญาติที่สามารถพาไปรับบริการทางการแพทย์ มีอุปสรรคในการสื่อสารที่ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ด้วยตนเอง หรือบุคคลที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษระหว่างการเดินทาง หรือมีความกลัวหรือความวิตกกังวลอย่างรุนแรงเกี่ยวกับการออกนอกบ้านหรือการเข้ารับบริการทางการแพทย์

ทั้งนี้ ประชาชนที่มีภูมิลำเนาตำบลไชยมงคล อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา และพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ สามารถยื่นความประสงค์ลงทะเบียน แจ้งความประสงค์ขอรับการจัดบริการพาหนะรับส่งสำหรับการเดินทางเข้ารับบริการทางการแพทย์ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป ถึงวันที่ ๑๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๙ ณ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลไชยมงคล อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา หากมีข้อสงสัยเพิ่มเติม ติดต่อสอบถามทางโทรศัพท์ ๐๔๔ - ๐๘๑๐๘๑ ในวันและเวลาราชการ เมื่อสิ้นสุดการลงทะเบียนแล้วคณะกรรมการจะประชุมเพื่อถกแถลงเรื่องผู้ขอรับบริการที่มีคุณสมบัติต่อไป

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๓ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๙


(นายสมโภชน์ นามประสิทธิ์)
นายกเทศมนตรีตำบลไชยมงคล

**แบบลงทะเบียนขอรับการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ
เพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข เทศบาลตำบลไชยมงคล อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา**

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลผู้ป่วยที่ขอรับบริการ

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ)..... สกุล.....
๒. เลขบัตรประจำตัวประชาชน ----
๓. วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ.....ปี เบอร์โทรศัพท์.....
๔. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบลไชยมงคล อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
๕. สถานภาพ โสด สมรสอยู่ด้วยกัน สมรสแยกกันอยู่ หย่าร้าง หม้าย
๖. ป่วยด้วยโรค/กลุ่มอาการ
 - ๖.๑ อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน (ระบุอาการ).....
 - ๖.๒ ชื่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....
 - ๖.๓ ชื่อแพทย์ผู้รักษา/แพทย์ผู้นัดตรวจ
แผนกห้องตรวจ เช่น อายุรกรรม, กระจกและข้อ
 - ๖.๓ ระยะทางในการเดินทางจากที่พักไปยังสถานพยาบาล..... กิโลเมตร
 - ๖.๔ ความถี่ในการเข้ารับการรักษา ๑-๒ ครั้งต่อเดือน ๓-๔ ครั้งต่อเดือน
 อื่นๆ (ระบุ).....
๗. ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่พักอาศัยร่วมกันจริงในปัจจุบัน) จำนวน..... คน

ชื่อ - สกุล	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	อาชีพ	รายได้ (บาทต่อเดือน)	เบอร์โทรศัพท์	หมายเหตุ
๑.						
๒.						
๓.						
๔.						
๕.						

รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน.....บาท

ส่วนที่ ๒ ปัญหาความเดือดร้อนของผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับความเดือดร้อนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในการดำรงชีพ ดังนี้

กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยพิการ (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ความพิการทางการมองเห็น
- ความพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย
- ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
- ความพิการทางการสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม
- ความพิการทางสติปัญญา การเรียนรู้
- ความพิการทางอหิสติก

กลุ่มที่ ๒ ผู้สูงอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ไม่สามารถพึ่งพาตนเองในการทำกิจกรรมประจำวันพื้นฐานได้
- 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.....ตำบลไชยมงคล อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

๕. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

ส่วนที่ ๔ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาประกอบคำขอ ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย
- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ป่วย (ถ้ามี)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำร้องแทน (กรณียื่นแทนผู้ป่วย)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นที่ให้ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ หากการให้ข้อมูลของข้าพเจ้าไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้เทศบาลตำบลไชยมนตรีระงับการช่วยเหลือ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ..... ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

วันที่.....