



ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี
เรื่อง การดำเนินโครงการ “ธนาคารกายอุปกรณ์ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี”
.....

ด้วยองค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี ร่วมกับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ร่วมกันเพื่อจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดสิงห์บุรี และดำเนินโครงการธนาคารกายอุปกรณ์ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี โดยมีวัตถุประสงค์จัดตั้งธนาคารกายอุปกรณ์ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ ไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น หรือเป็นภาระน้อยที่สุด และลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว

ดังนั้น เพื่อให้การบริหารจัดการโครงการธนาคารกายอุปกรณ์ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรีเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี จึงประกาศ “จัดตั้งธนาคารกายอุปกรณ์ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี” ณ กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี ถนนสิงห์บุรี - ชัยนาท ตำบลบางมัญ อำเภอเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี เวลาให้บริการทุกวัน จันทร์ - ศุกร์ เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๖.๓๐ น. เบอร์ติดต่อ ๐-๓๖๖๙-๙๓๘๗ หรือ ๐ - ๓๖๖๙ - ๙๓๘๘ ต่อ ๙๐๓ โดยมีโครงสร้าง ดังนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี” เรื่อง การดำเนินโครงการ “ธนาคารกายอุปกรณ์ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรีลงนามในประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ กลุ่มเป้าหมายของธนาคารกายอุปกรณ์ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี ดังนี้

- ๓.๑ ผู้พิการ
- ๓.๒ ผู้สูงอายุ
- ๓.๓ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน
- ๓.๔ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อ ๔ คุณสมบัติของผู้ที่จะขอรับการสนับสนุนเครื่องช่วยความพิการ หรืออุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับบริการทางการแพทย์ ดังนี้

- ๔.๑ มีบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวผู้พิการ (ถ้ามี)
- ๔.๒ มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดสิงห์บุรี
 - ๔.๒.๑ ตามหลักฐานในทะเบียนบ้าน (ท.ร.๑๔)
 - ๔.๒.๒ มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดสิงห์บุรีโดยมีคำรับรองจากผู้นำท้องถิ่นหรือ

ฝ่ายปกครอง

- ๔.๓ มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพ

ข้อ ๕ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี ให้ยืมเครื่องช่วยความพิการ หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายจากผู้รับบริการ

/ข้อ ๖ หลักฐาน...

ข้อ ๖ หลักฐานประกอบการพิจารณาให้ยืมเครื่องช่วยความพิการ หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ แก่ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

๖.๑ สำเนาบัตรประชาชน (ผู้ป่วย/ผู้ดูแล)

๖.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ป่วย/ผู้ดูแล)

๖.๓ สำเนาบัตรประจำตัวผู้พิการ (ถ้ามี)

๖.๔ สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นคำร้อง

๖.๕ รูปถ่ายผู้ป่วย จำนวน ๑ รูป

ข้อ ๗ ขั้นตอนการพิจารณา มีดังนี้

แผนผังขั้นตอน และระยะเวลาการปฏิบัติราชการ การให้ยืมเครื่องช่วยความพิการ หรืออุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับบริการทางการแพทย์
ธนาคารกายอุปกรณ์ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี

ยื่นแบบคำขอยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ พร้อมเอกสารหลักฐาน
ณ กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี



คณะกรรมการ โดยกองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี
ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน



คณะกรรมการ โดยกองสาธารณสุข เสนอแบบคำขอยืมอุปกรณ์เครื่องช่วย
ความพิการ พร้อมเอกสารหลักฐาน ต่อนายองค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี
ภายใน ๓ วันทำการ



แจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ยื่นแบบคำขอทราบ



คณะกรรมการ โดยกองสาธารณสุข
ลงพื้นที่มอบอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้กับผู้ยื่นแบบคำขอ



กรณีส่งคืนอุปกรณ์

๑. ให้ผู้ร้อง/ญาติผู้ร้องขอแจ้งกองสาธารณสุข ทราบภายใน ๗ วัน นับตั้งแต่หมดความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์
๒. ผู้ร้องขอ/ญาติผู้ร้องขอ นำอุปกรณ์ส่งคืน ณ กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี ตาม วัน
ที่เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขแจ้ง

/ข้อ ๘ ธนาคารกายอุปกรณ์...

ข้อ ๘ ธนาคารกายอุปกรณ์ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรีมีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

(๑) สนับสนุนการดำเนินการให้ยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง รวมถึงค่าใช้จ่ายในการเคลื่อนย้ายอุปกรณ์

(๒) รวบรวมข้อมูลของผู้ขอรับบริการเสนอต่อนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี

(๓) ติดตามผลการดำเนินการให้บริการแก่ประชาชนตามที่นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรีมอบหมาย

(๔) รายงานผลการสำรวจและผลการบริการประชาชนของธนาคารกายอุปกรณ์ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรีให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดสิงห์บุรีทราบ ตลอดจนประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบโดยทั่วกัน

(๕) ปฏิบัติงานอื่นตามที่คณะกรรมการบริหารจัดการโครงการธนาคารกายอุปกรณ์ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรีมอบหมาย

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘



(นายศุภวัฒน์ เทียนถาวร)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี



เลขที่ใบยื่น...../.....

วันที่ยื่น...../...../.....

แบบคำขอยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ
ธนาคารกายอุปกรณ์ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี

๑) ข้อมูลผู้ยื่นคำขอ

คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....) ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ติดต่อขอรับการสนับสนุนโดย ☐ คนพิการ ☐ ผู้สูงอายุ ☐ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเฉียบพลัน

☐ ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ☐ ผู้ยื่นคำขอแทน

กรณีผู้ยื่นคำขอแทน/ผู้ดูแล เกี่ยวข้องเป็น.....

คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....) ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์.....

๒) ประเภทกลุ่มเป้าหมาย

☐ คนพิการ ☐ ผู้สูงอายุ ☐ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเฉียบพลัน

☐ ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

๓) การวินิจฉัยโรค

☐ โรคหลอดเลือดสมอง ☐ บาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal cord injury) ☐ โรคข้อเข่าเสื่อม

☐ บาดเจ็บที่เนื้อสมองและศีรษะ (Traumatic brain injury) ☐ โรคเรื้อรังทางอายุรกรรม (OPD CKD HT DM)

☐ โรคข้อสะโพกเสื่อม/ผ่าตัดข้อสะโพก ☐ โรคปวดหลังเรื้อรัง ☐ โรคพิการทางการเคลื่อนไหวแต่กำเนิด

☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

๔) มีความประสงค์จะขอยืมกายอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ประเภท

☐ รถเข็นนั่งแบบพับได้ ☐ รถเข็นนั่งแบบพับไม่ได้ ☐ รถสามล้อโยก ☐ เตียงพยาบาล

☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

๕) ระยะเวลาที่ขอรับการสนับสนุน

☐ 3 เดือน ☐ 6 เดือน ☐ 1 ปี ☐ มากกว่า 1 ปี ☐ ยืมระหว่างสงฆ์

ลงชื่อ.....(ผู้ส่งแบบคำขอ)

(.....)

วันที่...../...../.....

วัสดุ/อุปกรณ์ ที่ได้รับการสนับสนุน ให้ใช้สำหรับผู้ป่วยรายนี้เท่านั้น ห้ามนำไปขายหรือแลกเปลี่ยน หากมีการ
ชำรุดเสียหายหรือสูญหาย ผู้ขอรับการสนับสนุนต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าเสียหายทั้งหมด กรณีไม่มี
ความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ ห้ามส่งต่อให้ผู้อื่นโดยไม่ได้รับอนุญาต ต้องทำการส่งคืน ให้โทรกลับแจ้งเจ้าหน้าที่
หมายเลขโทรศัพท์ 036 - 699388 ต่อ 903,036 - 699387 และต้องทำความสะอาดให้เรียบร้อยก่อนส่งคืน

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

- ☐ เห็นควรได้รับอุปกรณ์
- ☐ ไม่เห็นควรได้รับอุปกรณ์ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....(ผู้รับรอง)
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่...../...../.....

หลักฐานประกอบการขอรับสนับสนุน

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ผู้ป่วย/ผู้ดูแล) ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ป่วย/ผู้ดูแล)
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ รูปถ่ายผู้ป่วยจำนวน 1 รูป
- ☐ สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นคำร้อง

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี

ฝ่ายเลขานุการตรวจสอบวัสดุ/อุปกรณ์ แล้วปรากฏว่า

- ☐ มีวัสดุ/อุปกรณ์ เพียงพอ สามารถสนับสนุนได้
- ☐ มีวัสดุ/อุปกรณ์ ไม่เพียงพอ ไม่สามารถสนับสนุนได้ เห็นควรรวบรวมเรื่องเพื่อพิจารณาหาแนวทางช่วยเหลือในโอกาสต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

.....
.....
.....

(นายศุภวัฒน์ เทียนถาวร)
นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี