



ประกาศกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง  
เรื่อง ระเบียบหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง

โดยที่คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง ได้ออกระเบียบหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง พ.ศ.๒๕๖๔ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนส่งเสริมระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตของคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดลำปาง

คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง จึงขอประกาศใช้ระเบียบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง พ.ศ.๒๕๖๔ รายละเอียดปรากฏตามระเบียบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง พ.ศ.๒๕๖๔ แนบท้ายประกาศนี้

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วถึงกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

(นางสาวดวงรัตน์ โล่ห์สุนทร)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง

ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง

ระเบียบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง  
เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ  
จังหวัดลำปาง พ.ศ. ๒๕๖๔

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดทำข้อตกลงการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามบันทึกข้อตกลงเลขที่ ๖๔/B/๐๐๖๗๐/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๔ กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

อาศัยอำนาจตามความใน มาตรา ๓๕/๕ และ มาตรา ๔๕ แห่งพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๔๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๕๒ มาตรา ๑๗ แห่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๒ มาตรา ๔๗ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และข้อ ๖, ๗, ๘, ๙, ๑๕, ๑๗ ของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงออกระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดลำปาง เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดลำปาง พ.ศ. ๒๕๖๔”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับ ตั้งแต่วันถัดจากวันที่ได้ประกาศโดยเปิดเผย ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ประธานกรรมการบริหารกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดลำปาง เป็นผู้รักษาการตามระเบียบนี้ และให้มีอำนาจ วินิจฉัย ชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามระเบียบนี้

หมวดที่ ๑  
ข้อความทั่วไป

ข้อ ๔ ในระเบียบนี้

“องค์การบริหารส่วนจังหวัด” หมายความว่า องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง

“นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด” หมายความว่า นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง

“กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ” หมายความว่า กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง เพื่อการสนับสนุน ส่งเสริมระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต

“คณะกรรมการกองทุน” หมายความว่า คณะกรรมการบริหารกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดลำปาง

“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น” หมายความว่า องค์การบริหารส่วนตำบลตามกฎหมายว่าด้วยสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตามกฎหมายว่าด้วยเทศบาล เมืองพัทยา ตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการเมืองพัทยา หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นที่มีกฎหมายจัดตั้งแต่ไม่รวมถึงกรุงเทพมหานคร

“ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ” หมายความว่า คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

/“คนพิการ”...

“คนพิการ” หมายความว่า คนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

“ผู้สูงอายุ” หมายความว่า ผู้สูงอายุตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ ซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน แต่ยังไม่เข้าเกณฑ์เป็นคนพิการ โดยอาจมีภาวะบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การสื่อสาร การเคลื่อนไหว จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญาการเรียนรู้ หรือภาวะบกพร่องอื่นใด ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพ

“ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน” หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ บางส่วนอยู่ มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และแพทย์ผู้รักษามีความเห็นว่าต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ในช่วงเวลาที่มีการฟื้นตัวเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ

“ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง” หมายความว่า ผู้ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Bathel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่าสิบเอ็ดคะแนน หรือตามเกณฑ์การประเมินที่สำนักงานกำหนด

“สถานบริการ” หมายความว่า สถานบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยบริการ” หมายความว่า หน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยงานสาธารณสุข” หมายความว่า หน่วยงานที่มีภารกิจด้านการสาธารณสุขโดยตรง แต่มิได้เป็นสถานบริการ หรือหน่วยบริการ

“หน่วยงานอื่น” หมายความว่า หน่วยงานที่มีได้มีภารกิจด้านการสาธารณสุข

“กลุ่มคนพิการ” หมายความว่า คนพิการที่รวมตัวกันตั้งแต่ห้าคนขึ้นไปเพื่อดำเนินกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน ทั้งนี้ ไม่ว่าจะ เป็นนิติบุคคลหรือไม่ก็ตาม

“กลุ่มผู้สูงอายุ” หมายความว่า ผู้สูงอายุที่รวมตัวกันตั้งแต่ห้าคนขึ้นไปเพื่อดำเนินกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน ทั้งนี้ ไม่ว่าจะ เป็นนิติบุคคลหรือไม่ก็ตาม

“องค์กรอื่น” หมายความว่า กลุ่มบุคคล ชมรม สมาคม องค์กร หรือมูลนิธิ ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพแก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีใช่เป็นการแสวงกำไร ทั้งนี้ ไม่ว่าจะ เป็นนิติบุคคลหรือไม่ก็ตาม

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

## หมวดที่ ๒

### วัตถุประสงค์ของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อ ๕ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับดูแลขององค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง มีวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

(๑) เพื่อสนับสนุนส่งเสริมระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพขององค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้สูงอายุ หรือองค์กรอื่น

/(๒) เพื่อให้...

(๒) เพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็น ต่อ สุขภาพและการดำรงชีวิตได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วม ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในพื้นที่

(๓) เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ต้องไม่เกินร้อยละ ๑๕ ของรายรับในปีงบประมาณนั้น

### หมวดที่ ๓

#### เงินหรือทรัพย์สินในกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อ ๖ เงินหรือทรัพย์สินในกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย

(๑) เงินที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) เงินสมทบที่ได้รับจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดในจำนวนที่เท่ากับหรือมากกว่าที่ได้รับ จัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๓) รายได้อื่นๆ หรือทรัพย์สินที่ได้รับมาในกิจการของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อ ๗ การรับเงิน การเก็บรักษาเงิน การจ่ายเงิน การจัดทำบัญชี และรายงานของกองทุน ฟื้นฟูสมรรถภาพ และการกำกับติดตามเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้ายระเบียบนี้ เงินในกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถใช้ในปีงบประมาณถัดๆ ไปได้

ข้อ ๘ นายองค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นผู้มีอำนาจในการสั่งจ่ายเงินของกองทุน ฟื้นฟูสมรรถภาพ ภายใต้กรอบแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรม ที่ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการ ตามวัตถุประสงค์กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

✓ ข้อ ๙ เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพให้จ่ายเป็นค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ค่าใช้จ่ายที่สนับสนุนในลักษณะการจัดบริการ การจัดหา รวมถึงการซ่อม ดัดแปลง เปลี่ยนชิ้นส่วน หรือการจัดทำเป็นกรณีเฉพาะของอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ดังนี้

(ก) เพื่อสนับสนุนให้กับหน่วยบริการในพื้นที่ หรือองค์การบริหารส่วนจังหวัด สำหรับการ จัดบริการให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้แก่คนพิการ ทั้งนี้ ตามรายการ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่สำนักงานกำหนด กรณีมีความจำเป็นต้องกำหนดรายการ อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการเพิ่มเติม ให้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการกองทุน

(ข) เพื่อสนับสนุนให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้สูงอายุ หรือองค์กรอื่น แล้วแต่กรณี สำหรับการซ่อม ดัดแปลง เปลี่ยนชิ้นส่วน หรือการจัดทำเป็นกรณีเฉพาะของอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการให้แก่คนพิการตามความจำเป็น ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการ กองทุนกำหนด

(๒) ค่าใช้จ่ายที่สนับสนุนในลักษณะโครงการ หรือกิจกรรม ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้สูงอายุ หรือองค์กรอื่น ตามที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ ดังนี้

/ (ก) เพื่อสนับสนุน...



(ก) เพื่อสนับสนุนการดำเนินการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งรวมถึงค่าใช้จ่ายในการจัดหา ซ่อมแซม และเคลื่อนย้ายอุปกรณ์เพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นตามสภาพของบุคคลนั้นๆ

(ข) เพื่อสนับสนุนการจัดบริการ การพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในระดับชุมชนและที่บ้าน

(ค) เพื่อสนับสนุนการดำเนินการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐานเพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น

ทั้งนี้ รายการ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการในกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๒ ให้ดำเนินการตามหลักเกณฑ์แนบท้ายระเบียบนี้

(๓) เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการหรือพัฒนากองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ไม่เกินร้อยละ ๑๕ ของเงินตามข้อ ๖ (๑) และ (๒) ในปีงบประมาณนั้น กรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้จ่ายเพื่อจัดหาครุภัณฑ์หรือจัดจ้างบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพโดยตรง ให้สนับสนุนได้ตามความจำเป็น และครุภัณฑ์ที่จัดหาได้ให้เป็นทรัพย์สินขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

#### หมวดที่ ๔

#### คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

- ข้อ ๑๐ คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย
- |  |                   |
|--|-------------------|
| (๑) ผู้ว่าราชการจังหวัดลำปาง   | เป็นที่ปรึกษา     |
| (๒) ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑ เชียงใหม่                            | เป็นที่ปรึกษา     |
| (๓) นายองค์การบริหารส่วนจังหวัด  | เป็นประธานกรรมการ |
| (๔) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด   | เป็นกรรมการ       |
| (๕) ท้องถิ่นจังหวัดลำปาง   | เป็นกรรมการ       |
| (๖) พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดลำปาง   | เป็นกรรมการ       |
| (๗) ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ จำนวน ๑ คน  | เป็นกรรมการ       |
| (๘) ผู้แทนสภาคนพิการทุกประเภท หรือองค์กร หรือชมรมคนพิการในจังหวัดลำปาง จำนวน ๓ คน          | เป็นกรรมการ       |
| (๙) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ๑ คน                                | เป็นกรรมการ       |
| (๑๐) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๑ คน  | เป็นกรรมการ       |
| (๑๑) ผู้อำนวยการหรือหัวหน้าหน่วยบริการประจำที่ไม่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ถ้ามี) จำนวน ๑ คน | เป็นกรรมการ       |
| (๑๒) แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน ๑ คน            | เป็นกรรมการ       |

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| (๑๓) นักกายภาพบำบัดหรือนักกิจกรรมบำบัด<br>หรือผู้ประกอบโรคศิลปะที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๑ คน  | เป็นกรรมการ                        |
| (๑๔) นายกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน ๑ คน  | เป็นกรรมการ                        |
| (๑๕) นายกเทศมนตรี จำนวน ๑ คน   | เป็นกรรมการ                        |
| (๑๖) ผู้แทนของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน<br>หรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน<br>ที่อยู่ในจังหวัดนั้น | เป็นกรรมการ                        |
| (๑๗) เจ้าหน้าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑ เชียงใหม่<br>ที่ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๑ เชียงใหม่<br>มอบหมาย | เป็นกรรมการ                        |
| (๑๘) ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปางหรือเจ้าหน้าที่<br>ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปางที่นายกองค์การ<br>บริหารส่วนจังหวัดลำปาง มอบหมาย    | เป็นกรรมการ<br>และเลขานุการ        |
| (๑๙) ผู้อำนวยการกองคลังหรือเจ้าหน้าที่ของกองคลัง<br>ที่นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง มอบหมาย   | เป็นกรรมการ<br>และผู้ช่วยเลขานุการ |
| (๒๐) เจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง<br>ที่นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง มอบหมาย   | เป็นกรรมการ<br>และผู้ช่วยเลขานุการ |
| (๒๑) เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง<br>ที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง มอบหมาย  | เป็นกรรมการ<br>และผู้ช่วยเลขานุการ |

ข้อ ๑๑ ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินการหรือประสานกับหน่วยงานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้มาซึ่งกรรมการ ตามข้อ ๑๐ (๗) ถึง (๑๖) และออกคำสั่งแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการกองทุนและแจ้งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑ เชียงใหม่ ทราบ

ข้อ ๑๒ ให้กรรมการตามข้อ ๑๐ (๗) ถึง (๑๖) มีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละสี่ปีนับแต่วันที่ออกคำสั่งแต่งตั้ง

เมื่อครบกำหนดวาระตามวรรคหนึ่งแล้ว หากยังมีได้มีการคัดเลือกกรรมการขึ้นใหม่ให้กรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งอยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไป จนกว่ากรรมการซึ่งได้รับการคัดเลือกขึ้นใหม่เข้ารับหน้าที่ แต่ต้องไม่เกินเก้าสิบวัน นับแต่วันที่กรรมการพ้นจากตำแหน่ง

ในกรณีที่กรรมการพ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระ ให้มีการคัดเลือกกรรมการแทนภายในสามสิบวันนับแต่วันที่กรรมการพ้นจากตำแหน่ง และผู้ที่ได้รับการคัดเลือกให้ดำรงตำแหน่งแทนอยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของกรรมการซึ่งตนแทน

ในกรณีที่วาระของกรรมการที่พ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระเหลืออยู่ไม่ถึงเก้าสิบวันจะไม่ดำเนินการคัดเลือกกรรมการแทนตำแหน่งที่ว่างนั้นก็ได้

เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการกองทุน ในกรณีที่ตำแหน่งกรรมการว่างลงไม่ว่าด้วยเหตุใดๆ ซึ่งยังมีได้มีการคัดเลือกกรรมการขึ้นแทนตำแหน่งที่ว่าง ให้คณะกรรมการกองทุนประกอบด้วยกรรมการเท่าที่มีอยู่

ข้อ ๑๓ กรรมการตามข้อ ๑๐ วรรคหนึ่ง (๗) ถึง (๑๖) นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระแล้ว ให้พ้นจากตำแหน่ง ในกรณีดังต่อไปนี้

(๑) ตาย

(๒) ลาออก

(๓) เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

(๔) เป็นบุคคลล้มละลาย

(๕) ได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่โทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำ

โดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

(๖) ขาดประชุมสามครั้งติดต่อกันโดยไม่มีเหตุอันสมควร

ข้อ ๑๔ การประชุมคณะกรรมการกองทุน ต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมด จึงจะเป็นองค์ประชุม

ให้ประธานกรรมการเป็นประธานในที่ประชุม ถ้าประธานกรรมการไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้กรรมการที่มาประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม

ข้อ ๑๕ คณะกรรมการกองทุนมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) พิจารณานุมัติแผนการเงินประจำปีของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

(๒) พิจารณานุมัติเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นค่าใช้จ่ายตามข้อ ๙

(๓) ออกระเบียบที่จำเป็นเพื่อประสิทธิภาพในการบริหารกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งนี้ ต้องไม่ขัดหรือแย้งกับประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงาน และบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๒

(๔) สนับสนุนให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในเขตพื้นที่ เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในชุมชน ที่บ้าน หรือที่หน่วยบริการ ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

(๕) พิจารณาให้ความเห็นชอบรายงานผลการดำเนินงาน รายงานการรับเงิน การจ่ายเงิน และเงินคงเหลือของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อ ๑๖ คณะกรรมการกองทุนมีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงาน เพื่อปฏิบัติหน้าที่ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงาน และบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๒ หรือตามที่คณะกรรมการกองทุนมอบหมาย

ข้อ ๑๗ ให้กรรมการ ที่ปรึกษา อนุกรรมการ และคณะทำงาน ได้รับค่าตอบแทนในการประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่น

ให้บุคคลภายนอก และเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างขององค์การบริหารส่วนจังหวัดที่รับการแต่งตั้ง ให้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่เข้าร่วมประชุมมีสิทธิได้รับค่าตอบแทนในการประชุม

ค่าใช้จ่ายตามวรรคหนึ่ง และวรรคสองให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้ายระเบียบนี้

ข้อ ๑๘ ให้คณะกรรมการกำหนดการประชุมอย่างน้อย ปีละ ๔ ครั้ง

ข้อ ๑๙ การประชุมคณะกรรมการทุกครั้ง ต้องมีการรายงานบัญชีรับ - จ่ายเงิน และสถานการณ์การเงินของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพให้ที่ประชุมทราบ

ข้อ ๒๐ ให้จัดทำบันทึกรายงานการประชุมคณะกรรมการ เป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อเก็บรักษาไว้สำหรับใช้ในการอ้างอิงและตรวจสอบ

หมวดที่ ๕  
กลุ่มเป้าหมายกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อ ๒๑ กลุ่มเป้าหมายภายใต้ขอบเขตความรับผิดชอบของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ  
ครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๔ กลุ่ม ดังนี้

- (๑) คนพิการ ตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
- (๒) ผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ ซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติ  
กิจกรรมในชีวิตประจำวัน แต่ยังไม่เข้าเกณฑ์เป็นคนพิการ โดยอาจมีภาวะบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน  
การสื่อสาร การเคลื่อนไหว จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญาการเรียนรู้ หรือภาวะบกพร่องอื่นใด  
ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพ
- (๓) ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติ  
และมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ บางส่วนอยู่ มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม  
ในชีวิตประจำวัน และแพทย์ผู้รักษามีความเห็นว่าต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ในช่วงเวลา  
ที่มีการฟื้นตัวเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติ  
กิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ
- (๔) ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง กล่าวคือ ผู้ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน  
ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Bathel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่าสิบเอ็ดคะแนน หรือตามเกณฑ์  
การประเมินที่สำนักงานกำหนด

หมวดที่ ๖

การรับเงิน การเก็บรักษาเงิน การจ่ายเงิน การจัดทำบัญชี และรายงาน  
ของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อ ๒๒ การรับเงิน และการเก็บรักษาเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

(๑) บรรดาเงินรายรับของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพให้นำส่งเข้าบัญชีกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ  
ที่เปิดบัญชีกับธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.) ประเภทบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ โดยใช้  
ชื่อบัญชีว่า “กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดลำปาง”

ทั้งนี้ บัญชีกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้เปิดบัญชีไว้แล้วก่อนประกาศนี้ใช้บังคับ ให้ถือว่าเป็น  
เป็นบัญชีเงินฝากตามระเบียบนี้

(๒) การรับเงินเข้ากองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพให้รับเป็นเงินสด เช็ค ตัวแลกเงิน ธนาณัติ หรือโอนเข้า  
บัญชีทางธนาคารหรือทางอิเล็กทรอนิกส์ หรือวิธีอื่นตามที่สำนักงานกำหนด และให้ออกใบเสร็จรับเงินให้แก่  
ผู้ชำระเงินทุกครั้ง เว้นแต่การรับเงินที่ได้รับการจัดสรรแต่ละปีจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
หรือการรับเงินสมทบจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด ให้ใช้หลักฐานการโอนเงินทางธนาคาร หรือหลักฐานอื่น  
ที่คณะกรรมการกองทุนเห็นสมควร เป็นหลักฐานอ้างอิงในการบันทึกบัญชีรายรับ



(๓) เงินสดที่กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพได้รับไว้ให้นำฝากเข้าบัญชีตามข้อ ๒๒ (๑) ภายในวันที่ได้รับเงินหากไม่สามารถนำเงินดังกล่าวฝากเข้าบัญชีได้ทัน ให้เจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดที่นายกององค์การบริหารส่วนจังหวัดมอบหมาย นำเงินสดจำนวนดังกล่าวเก็บรวมไว้ในซองหรือหีบห่อระบุเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวนเงิน ปิดผนึกลงลายมือชื่อผู้รับผิดชอบ และนำฝากไว้ที่ตู้รับฝากหรือสถานที่เก็บรักษาเงิน ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด แล้วให้นำฝากเข้าบัญชีในวันทำการถัดไป

(๔) การสมทบเงินจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด ให้ดำเนินการโดยเร็วเมื่อเริ่มต้นปีงบประมาณ กรณีมีความจำเป็น ให้สมทบได้ไม่เกินปีงบประมาณที่สำนักงานจ่ายเงินสนับสนุน

ข้อ ๒๓ การจ่ายเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

(๑) การจ่ายเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพให้นายกององค์การบริหารส่วนจังหวัด ส่งจ่ายได้ตามที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ ภายใต้วัตถุประสงค์ของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

(๒) วิธีการจ่ายเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้จ่ายได้ ดังต่อไปนี้

๒.๑ จ่ายทางธนาคารหรือทางอิเล็กทรอนิกส์

๒.๒ จ่ายเป็นเช็ค

๒.๓ จ่ายทางอื่นที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด

(๓) ให้นายกององค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดคนใดคนหนึ่ง ลงนามร่วมกับเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด คนใดคนหนึ่ง ที่นายกององค์การบริหารส่วนจังหวัดมอบหมายไว้จำนวนสองคน รวมเป็นผู้ลงนามสองคน เป็นผู้เบิกเงินจากบัญชีกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ ภายใต้วัตถุประสงค์ของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

(๔) การจ่ายเงินให้ผู้มีสิทธิรับเงินที่เป็นองค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น ให้ผู้บริหารสูงสุดหรือหัวหน้าของหน่วยงานนั้นๆ เป็นผู้รับเงิน หากไม่สามารถมารับเงินได้ด้วยตนเอง จะมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้รับเงินแทนก็ให้กระทำได้ ทั้งนี้ ต้องมีหนังสือมอบอำนาจที่ชัดเจน

(๕) การจ่ายเงินให้ผู้มีสิทธิรับเงินที่เป็นกลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้สูงอายุ หรือองค์กรอื่น ให้ผู้แทนที่ได้รับมอบหมายจากกลุ่มหรือองค์กรนั้นๆ ไม่น้อยกว่าสองคนขึ้นไปเป็นผู้รับเงิน

(๖) การจ่ายเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ต้องมีหลักฐานการจ่ายเป็นใบเสร็จรับเงิน หรือใบสำคัญรับเงิน หรือหลักฐานการนำเงินเข้าบัญชีเงินฝากที่ธนาคารของผู้มีสิทธิรับเงิน หรือหลักฐานการรับเงินอย่างอื่น ตามที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด เก็บไว้เพื่อการตรวจสอบ

ข้อ ๒๔ การจัดทำบัญชีและรายงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

(๑) การบันทึกบัญชี ให้บันทึกตามรูปแบบที่สำนักงานกำหนด

(๒) รอบระยะเวลาบัญชีให้ถือตามปีงบประมาณ กรณีองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่เข้าร่วมดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระหว่างรอบระยะเวลาบัญชีให้เริ่มระบบบัญชี ณ วันที่ได้รับเงินเป็นครั้งแรกจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือองค์การบริหารส่วนจังหวัด

(๓) ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดจัดทำรายงานผลการดำเนินงาน รายงานการรับเงิน การจ่ายเงินและเงินคงเหลือด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์สารสนเทศหรือระบบอื่น และจัดส่งรายงานผลการดำเนินงาน รายงานการรับเงิน การจ่ายเงิน และเงินคงเหลือของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการกองทุนแล้ว ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ทุกไตรมาส โดยให้จัดส่งภายในสามสิบวันนับจากสิ้นไตรมาส ตามรูปแบบที่สำนักงานกำหนด

/ภายใน...

ภายในเดือนธันวาคมของทุกปี ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดจัดทำรายงานผลการดำเนินงาน รายงานการรับเงิน การจ่ายเงิน และเงินคงเหลือของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพของปีที่ผ่านมา ที่ผ่านความเห็นชอบ จากคณะกรรมการกองทุนแล้ว เก็บไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวดที่ ๗

การกำกับติดตามเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อ ๒๕ กรณีองค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สถานบริการ หน่วยบริการหน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น

(๑) เมื่อได้รับเงินจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุนให้นำไปใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งนี้ การรับเงิน การเก็บรักษาเงิน การจ่ายเงิน และการจัดทำบัญชี ให้เป็นไปตามระเบียบที่หน่วยงานนั้นๆ ถือปฏิบัติ

(๒) ให้เก็บหลักฐานการจ่ายเงินจากบัญชีไว้เพื่อการตรวจสอบ

(๓) เมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน ตามโครงการ หรือกิจกรรม ให้จัดทำรายงานผลการดำเนินงาน และรายงานการจ่ายเงิน ส่งให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้คณะกรรมการกองทุนทราบ และให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดเก็บไว้เพื่อการตรวจสอบ

(๔) กรณีที่มีเงินเหลือจากการดำเนินงาน ตามโครงการ หรือกิจกรรมให้นำเงินที่เหลือส่งคืนกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อ ๒๖ กรณีกลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้สูงอายุ หรือองค์กรอื่น

(๑) เมื่อได้รับเงินจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุนให้นำไปใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ภายใต้โครงการ หรือกิจกรรมที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ เว้นแต่รายการค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้ ให้จ่ายตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

๑.๑ ค่าใช้จ่ายสำหรับบุคคลที่ดำเนินงานตามโครงการ หรือกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน ให้เบิกจ่ายในอัตราเทียบเคียงตามระเบียบขององค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยอนุโลม

๑.๒ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางสำหรับบุคคลที่ดำเนินงานตามโครงการ หรือกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน ให้เบิกจ่ายในอัตราเทียบเคียงตามระเบียบขององค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยอนุโลม

(๒) การจัดซื้อจัดจ้างตามโครงการ หรือกิจกรรม ให้ถือราคากลางตามระเบียบของทางราชการ หรือราคาตลาดโดยทั่วไปในขณะที่ยังจัดซื้อจัดจ้าง

(๓) การจัดหาครุภัณฑ์ ให้แนบเอกสารใบเสร็จรับเงินหรือใบสำคัญรับเงินไว้กับรายงานการจ่ายดังกล่าวด้วย

(๔) เมื่อเสร็จสิ้นโครงการ ให้จัดทำรายงานผลการดำเนินงาน และรายงานการจ่ายเงินตามโครงการหรือกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติ ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพเพื่อให้คณะกรรมการกองทุนทราบ และให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดเก็บไว้เพื่อการตรวจสอบ

(๕) กรณีที่มีเงินเหลือจากการดำเนินงาน นำเงินที่เหลือส่งคืนกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

หมวดที่ ๘

ค่าตอบแทนการประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่นในการปฏิบัติหน้าที่

ข้อ ๒๗ เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพให้จ่ายเป็นค่าตอบแทนของกรรมการ ที่ปรึกษา อนุกรรมการ คณะทำงานและบุคคลภายนอกที่ได้รับเชิญมาประชุม ดังต่อไปนี้

(๑) ค่าตอบแทนในการประชุมสำหรับกรรมการหรือที่ปรึกษา ไม่เกินครั้งละ ๕๐๐ บาทต่อคน เดือนหนึ่งไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาท

(๒) ค่าตอบแทนในการประชุมสำหรับอนุกรรมการ ไม่เกินครั้งละ ๔๐๐ บาทต่อคน เดือนหนึ่งไม่เกิน ๘๐๐ บาท

(๓) ค่าตอบแทนในการประชุมสำหรับคณะทำงาน ไม่เกินครั้งละ ๓๐๐ บาทต่อคน เดือนหนึ่งไม่เกิน ๖๐๐ บาท

(๔) ค่าตอบแทนในการประชุมสำหรับบุคคลภายนอกซึ่งเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการกองทุน หรือคณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงาน ให้เบิกจ่ายค่าตอบแทนได้เท่ากับกรรมการ หรืออนุกรรมการ หรือคณะทำงาน แล้วแต่กรณี

ข้อ ๒๘ เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพให้จ่ายเป็นค่าตอบแทนสำหรับเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้าง ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดที่รับการแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินงานและบริหารจัดการ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่เข้าประชุมคณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงาน ให้เบิกจ่าย ในอัตราเท่ากับกรรมการ หรืออนุกรรมการ หรือคณะทำงาน แล้วแต่กรณี

ข้อ ๒๙ เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพให้จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางของกรรมการ ที่ปรึกษา อนุกรรมการ คณะทำงาน และเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างขององค์การบริหารส่วนจังหวัดที่รับการแต่งตั้ง ให้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้เบิกจ่ายได้ในอัตรา ไม่เกินระเบียบของทางราชการโดยอนุโลม ทั้งนี้ โดยการอนุมัติของประธานกรรมการ

ข้อ ๓๐ การดำเนินงานใดตามระเบียบนี้ หากยังไม่มีกฎ ระเบียบ ประกาศ หรือหลักเกณฑ์ ที่จะกำหนดขึ้นตามระเบียบนี้ ให้ใช้กฎ ระเบียบ ประกาศ หรือหลักเกณฑ์ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด บังคับใช้โดยอนุโลม

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔



(นางสาวดวงรัตน์ โล่ห์สุนทร)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง  
ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง

รายการ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการสนับสนุนค่าใช้จ่าย  
สำหรับการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ  
ในกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง

ข้อ ๑ “หน่วยจัดบริการ” หมายความว่า หน่วยบริการในพื้นที่ หรือองค์การบริหารส่วนจังหวัด  
แล้วแต่กรณี

ข้อ ๒ ให้หน่วยจัดบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน ในการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ  
ให้แก่ผู้มีสิทธิในชุมชน ตามรายการ และอัตราค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) บริการกายภาพบำบัด จ่ายอัตรา ๑๕๐ บาท ต่อครั้ง ต่อคน

(๒) บริการกิจกรรมบำบัด จ่ายอัตรา ๑๕๐ บาท ต่อครั้ง ต่อคน หรือกรณีจัดกิจกรรมบำบัด  
เป็นกลุ่ม ๆ ละ ๗ ถึง ๑๒ คน จ่ายอัตรา ๗๕ บาท ต่อคน

ข้อ ๓ ให้หน่วยจัดบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน ในการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วย  
ความพิการ ตามรายการดังต่อไปนี้

(๑) ไม้ค้ำยันรักแร้แบบอลูมิเนียม

(๒) ไม้เท้าอลูมิเนียมแบบสามขา

(๓) ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้

(๔) ไม้ค้ำยันรักแร้แบบไม้

(๕) รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้

(๖) รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับไม่ได้

(๗) เบาะรองนั่งสำหรับคนพิการ

(๘) รถสามล้อโยกมาตรฐานสำหรับคนพิการ

(๙) แผ่นรองตัวสำหรับผู้ป่วยอัมพาตหรือที่นอนลม

(๑๐) อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่จำเป็นอื่นๆ ให้อยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการ  
กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง

หลักเกณฑ์ และอัตราค่าใช้จ่าย ให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๔ การฝึกใช้อุปกรณ์เพื่อสนับสนุนการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการมองเห็น  
ด้านการทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation & Mobility : O&M) มีหลักเกณฑ์  
เงื่อนไข และอัตราค่าใช้จ่าย ดังนี้

(๑) หน่วยจัดบริการต้องมีครูฝึกทักษะ O&M ที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรครูฝึกพื้นฐาน  
(O&M Instructor) จำนวนไม่น้อยกว่า ๒๐๐ ชั่วโมง หรือประมาณ ๖ ถึง ๘ สัปดาห์ จากวิทยาลัยราชสุดา  
มหาวิทยาลัยมหิดล หรือหน่วยงานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดเพิ่มเติม

(๒) รูปแบบการให้บริการ ให้จัดบริการได้เป็น ๒ รูปแบบ

(ก) กรณีการจัดบริการรายกลุ่ม ๆ ละ ๕ ถึง ๑๕ คน อัตราส่วนของครูฝึก ๑ คน ต่อผู้เข้ารับ  
การฝึก ๕ คน ระยะเวลาการฝึกอบรมรายกลุ่ม เฉลี่ย ๑๒๐ ชั่วโมงต่อคน โดยจะให้บริการ วันละไม่เกิน ๖ ชั่วโมง  
สัปดาห์ละไม่เกิน ๖ วัน

(ข) กรณีการจัดบริการรายบุคคล หากผู้พิการทางการมองเห็นรายนั้นไม่พร้อมเข้ารับ  
การฝึกอบรมเป็นกลุ่ม สามารถจัดส่งครูฝึกไปให้บริการที่บ้านได้ ระยะเวลาการฝึกอบรม ๘๐ ถึง ๑๒๐ ชั่วโมง

/(๓) ผู้เข้ารับ...



(๓) ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเป็นผู้พิการทางการมองเห็น ที่มีอายุตั้งแต่ ๖ ปีขึ้นไป ทั้งที่เป็นผู้พิการตั้งแต่กำเนิด หรือภายหลัง กรณีผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน ๖๐ ปีขึ้นไป ให้เน้นผู้ที่สามารถเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันได้

(๔) จัดให้มีบริการ หรือส่งต่อการตรวจสุขภาพตา เพื่อประเมินความสามารถในการมองเห็น กำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่คาดหวังรายบุคคล และมีการบันทึกกิจกรรมเป็นลายลักษณ์อักษร เก็บหลักฐานเพื่อรองรับการตรวจสอบ

(๕) อัตราค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ๙,๐๐๐ บาท ต่อหนึ่งคน (หนึ่งคนเข้ารับการอบรมได้เพียงหลักสูตรเดียว)

เอกสารแนบท้ายหมายเลข ๑

เรื่อง รายการ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการสนับสนุนค่าใช้จ่าย  
สำหรับการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ  
ในกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคาไม่เกิน
๑	๘๗๐๖	ไม้ค้ำยันรักแร้แบบอลูมิเนียม ลักษณะ : ไม้ค้ำยันความสูงจากระดับรักแร้ถึงพื้นส่วนค้ำยัน ทำจากอลูมิเนียม ความหนาของอลูมิเนียมไม่ต่ำกว่า ๑.๒ มม. มีที่มือจับอยู่ระหว่างกลาง มีลูกยางกันลื่น ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่สามารถเดินได้แต่มีข้อห้าม ในการลงน้ำหนักที่ขาข้างใดข้างหนึ่ง หรือมีอาการขาอ่อนแรง หรือมีการทรงตัวขณะเดินไม่ดี อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	คู่ละ	๖๕๐
๒	๘๗๐๗	ไม้เท้าอลูมิเนียมแบบสามขา ลักษณะ : ไม้ค้ำยันความสูงจากระดับรักแร้ถึงพื้นส่วนค้ำยัน ทำจากอลูมิเนียม ความหนาของอลูมิเนียมไม่ต่ำกว่า ๑.๒ มม. มีที่มือจับอยู่ระหว่างกลาง มีลูกยางกันลื่น ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่สามารถเดินได้แต่มีข้อห้าม ในการลงน้ำหนักที่ขาข้างใดข้างหนึ่ง หรือมีอาการขาอ่อนแรง หรือมีการทรงตัวขณะเดินไม่ดี อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	อันละ	๖๐๐
๓	๘๗๐๘	ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้ ลักษณะ : ไม้เท้าก้านยาว ทำจากวัสดุโลหะ อลูมิเนียมหรือ สแตนเลสสามารถพับเก็บได้ ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการทางการเห็น อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	อันละ	๕๐๐
๔	๘๗๑๑	ไม้ค้ำยันรักแร้แบบไม้ ลักษณะ : ไม้ค้ำยันความสูงจากระดับรักแร้ถึงพื้น ส่วนค้ำยัน ทำจากไม้ มีที่มือจับอยู่ระหว่างกลางมีลูกยางกันลื่น ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่สามารถเดินได้แต่มีข้อห้าม ในการลงน้ำหนักที่ขาข้างใดข้างหนึ่งหรือมีอาการขาอ่อนแรง หรือมีการทรงตัวขณะเดินไม่ดี อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	คู่ละ	๓๕๐

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคาไม่เก็บ
๕	๘๙๐๑	รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้ ลักษณะ : เป็นอุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนที่ด้วยล้อ มีโครงสร้างหลักผลิตจากโลหะสแตนเลส อลูมิเนียม อัลลอยด์ หรือโลหะอื่นที่ผ่านกระบวนการชุบหรือพ่นสี สามารถพับเก็บได้ และสามารถปรับส่วนต่างๆ ให้เข้ากับขนาดร่างกายของผู้ใช้งานได้ ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการ โดยรถนั่งคนพิการที่ได้ต้องปรับให้เหมาะสมกับความพิการนั้น อายุการใช้งาน : ๓ ปี	คันละ	๖,๖๐๐ ราคานี้ รวมบริการ ซ่อมบำรุง พื้นฐาน และวัสดุ ตามอายุ การใช้งาน
๖	๘๙๐๒	รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับไม่ได้ ลักษณะ : เป็นอุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนที่ด้วยล้อ มีโครงสร้างหลักผลิตจากโลหะสแตนเลส อลูมิเนียม อัลลอยด์ หรือโลหะอื่นที่ผ่านกระบวนการชุบหรือพ่นสี สามารถพับเก็บได้ ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่ไม่สามารถเดินได้ อายุการใช้งาน : ๓ ปี	คันละ	๔,๔๐๐ ราคานี้ รวมบริการ ซ่อมบำรุง พื้นฐาน และวัสดุ ตามอายุ การใช้งาน
๗	๘๙๐๓	เบาะรองนั่งสำหรับคนพิการ ลักษณะ : ทำจากวัสดุที่มีคุณสมบัติไม่ต่ำกว่า polyurethane foam, gel cushion, water cushion, หรือชนิด air cushion ที่มีลักษณะนุ่ม สามารถกระจายน้ำหนัก ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับคนพิการที่ต้องนั่งรถนั่งคนพิการ แต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง อายุการใช้งาน : ๑ ปี	อันละ	๘๐๐
๘	๘๙๐๔	รถสามล้อโยกมาตรฐานสำหรับคนพิการ ลักษณะ : เป็นอุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนที่ในระยะไกล โครงสร้างหลักทำด้วยเหล็กชุบสี หรือโลหะอื่นที่มีความแข็งแรงมั่นคง ขับเคลื่อนโดยการควบคุมก้านโยก ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่ทรงตัวในท่านั่งได้ดี แขน ๒ ข้างปกติ และสามารถออกนอกบ้านเพื่อการเข้าสู่สังคมหรือประกอบอาชีพ อายุการใช้งาน : ๓ ปี	คันละ	๖,๐๐๐ ราคานี้ รวมบริการ ซ่อมบำรุง พื้นฐาน และวัสดุ ตามอายุ การใช้งาน

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคาไม่เกิน
๘	๘๐๐๑	แผ่นรองตัวสำหรับผู้ป่วยอัมพาตหรือที่นอนลม ลักษณะ : เป็นแผ่นสำหรับรองบนที่นอน ทำจากวัสดุที่มีคุณสมบัติไม่ต่ำกว่า polyurethane foam, gel, water, air สามารถกระจายแรงกดทับได้ดี และสามารถรองรับร่างกายผู้ใช้งานได้ ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการระดับรุนแรง หรืออนัตตติยง ไม่สามารถพลิกตัวเพื่อเปลี่ยนท่านอนเองได้และมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	อันละ	๑,๐๐๐





ประกาศกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง  
เรื่อง หลักเกณฑ์เงื่อนไขการบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง พ.ศ.๒๕๖๕

โดยที่คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง ได้ประกาศกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง ว่าด้วยหลักเกณฑ์เงื่อนไขการบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนส่งเสริมระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตของคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลันและผู้มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดลำปาง

คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง จึงขอประกาศใช้ประกาศกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง ว่าด้วยหลักเกณฑ์เงื่อนไขการบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง พ.ศ. ๒๕๖๕ รายละเอียดปรากฏตามประกาศกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง ว่าด้วยหลักเกณฑ์เงื่อนไขการบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง พ.ศ. ๒๕๖๕ แนบท้ายประกาศนี้

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วถึงกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

(นางสาวดวงรัตน์ โล่ห์สุนทร)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง

ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง



ประกาศกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง  
เรื่อง หลักเกณฑ์เงื่อนไขการบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง พ.ศ. ๒๕๖๕

ตามที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง ได้ร่วมดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบกับประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๑๕ (๓) คณะกรรมการกองทุนมีอำนาจหน้าที่ออกระเบียบที่จำเป็น เพื่อประสิทธิภาพในการบริหารกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งนี้ต้องไม่ขัดหรือแย้งกับประกาศ นั้น

ดังนั้นเพื่อสนับสนุนให้คนพิการ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ให้สามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและหรือได้รับการสนับสนุนเครื่องช่วยความพิการ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น ตลอดจนการจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ประกอบกับมติที่ประชุมคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง ครั้งที่ ๑/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๖๕ เห็นชอบประกาศหลักเกณฑ์การบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง มีรายละเอียดดังนี้

ข้อ ๑ กลุ่มเป้าหมาย

- ๑.๑ คนพิการ ตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
- ๑.๒ ผู้สูงอายุ ตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ ซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน แต่ยังไม่เข้าเกณฑ์เป็นคนพิการ แต่อาจมีภาวะบกพร่องอื่นใดซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ๑.๓ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และแพทย์ผู้รักษามีความเห็นว่าต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในช่วงเวลาที่มีการฟื้นตัว
- ๑.๔ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Bathel ADL Index) เท่ากับหรือน้อยกว่าสิบเอ็ด หรือตามเกณฑ์ ประเมินที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒ กรอบงบประมาณในการยื่นขอรับการสนับสนุน

วงเงินที่สามารถยื่นเสนอขอรับการสนับสนุนจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง ต้องประเมินจากความจำเป็น สภาพปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย โดยประเมินค่าใช้จ่ายตามมูลค่าจริงจากการประเมินราคาตลาดหรือราคากลาง อ้างอิงตามระเบียบราชการโดยอนุโลม ได้แก่

- ๒.๑ การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ
- ๒.๒ การซ่อม ตัดแปลง เปลี่ยนชิ้นส่วน หรือการจัดทำเป็นกรณีเฉพาะอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ
- ๒.๓ การยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับผู้มีสิทธิให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งนี้ ให้รวมค่าใช้จ่าย ในการจัดหา ซ่อมแซม และขนย้ายอุปกรณ์

๒.๔ การพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับชุมชนและที่บ้าน  
๒.๕ การจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน ให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น

ข้อ ๓ หน่วยงานที่สามารถยื่นขอรับการสนับสนุนงบประมาณ ประกอบด้วย

๓.๑ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๓.๒ สถานบริการ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๓.๓ หน่วยบริการ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๓.๔ หน่วยงานสาธารณสุข ที่มีภารกิจด้านสาธารณสุขโดยตรง แต่มิได้เป็นสถานบริการ

หรือหน่วยบริการ

๓.๕ หน่วยงานอื่น ที่มีได้มีภารกิจด้านสาธารณสุข

๓.๖ กลุ่มคนพิการ

๓.๗ กลุ่มผู้สูงอายุ

๓.๘ องค์กรอื่นๆ ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ที่จำเป็นต่อสุขภาพแก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยมิใช่เป็นการแสวงกำไร

ข้อ ๔ ขั้นตอนการขอรับการสนับสนุนและพิจารณาโครงการ ตามรายละเอียดแนบท้ายประกาศ

ข้อ ๕ ให้ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง รักษาการตามประกาศนี้ และให้มีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามประกาศนี้ กับให้มีอำนาจออกแนวทางปฏิบัติที่ไม่ขัดต่อประกาศนี้ได้ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕



(นางสาวดวงรัตน์ โล่ห์สุนทร)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง

ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง

เอกสารแนบท้ายหมายเลข ๒  
ประกาศกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง  
เรื่อง หลักเกณฑ์พิจารณาสนับสนุนงบประมาณของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง พ.ศ. ๒๕๖๕  
ลงวันที่ ๒๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ประเภทที่ ๑ การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ (ตามประกาศฯ ข้อ ๒.๑)

๑. หลักเกณฑ์การขอรับการสนับสนุน เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายใน ๒ ลักษณะ ดังนี้

๑) การให้บริการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ๑๐ รายการ (ตามระเบียบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปางฯ เอกสารแนบท้ายหมายเลข ๑)

๒) การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการฝึกการใช้อุปกรณ์ โดยหน่วยบริการสาธารณสุข จำนวน ๓ รายการ

๒.๑) กายภาพบำบัดในชุมชน

๒.๒) กิจกรรมบำบัดในชุมชน

๒.๓) ฝึกการใช้อุปกรณ์สำหรับคนพิการทางการมองเห็นด้านการทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว ตามเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

๒. หน่วยงานที่สามารถขอรับการสนับสนุน

๒.๑ หน่วยบริการสาธารณสุข

๒.๒ หน่วยบริการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๓. ขั้นตอนการขอรับการสนับสนุน

๓.๑ หน่วยบริการสาธารณสุข หรือหน่วยบริการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือฝึกใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการในชุมชน

๓.๒ หน่วยบริการสาธารณสุข หรือหน่วยบริการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรมการเบิกอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการและการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผ่าน <http://portal.nhso.go.th/disability/login/>

๓.๓ สปสช. ส่วนกลางประมวลผล และส่งให้ สปสช.เขต ๑ เชียงใหม่ พิจารณาแยกรายหน่วยบริการ

๓.๔ สปสช. เขต ๑ เชียงใหม่ จัดส่งข้อมูลการเบิกจ่ายกิจกรรมบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน และอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง (ฝ่ายเลขานุการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน)

๓.๕ ฝ่ายเลขานุการกองทุนฯ รวบรวมข้อมูลในข้อ ๓.๔ นำเข้าที่ประชุมอนุกรรมการเพื่อพิจารณากลับกรองให้ได้รายการข้อมูลที่ต้องเหมาะสม ไม่ซ้ำซ้อน และวงเงินสนับสนุนที่ครบถ้วนรายหน่วย เพื่อเสนอขออนุมัติจากคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง ตามลำดับต่อไป

๓.๖ คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง พิจารณาอนุมัติงบประมาณสนับสนุน

๓.๗ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง โอนงบประมาณให้หน่วยบริการตามข้อมูลที่ผ่านมติที่ประชุมคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง หรือใช้ข้อมูลที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑ เชียงใหม่ เป็นหลักฐานการเบิก - จ่ายเงิน (แล้วแต่กรณี)



#### ๔. เอกสาร/หลักฐานประกอบการสนับสนุนงบประมาณ

๔.๑ บันทึกข้อตกลงหรือสัญญากับหน่วยบริการที่จะจัดบริการเชิงรุกในชุมชน พร้อมแผนการใช้บริการ (กรณีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการฝึกใช้อุปกรณ์)

๔.๒ แบบสรุปข้อมูลรายการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ สำหรับคนพิการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

**หมายเหตุ ๑.** หน่วยขอรับบริการต้องมีแพทย์ หรือ นักกายภาพบำบัด หรือ นักกิจกรรมบำบัด พิจารณาส่งจ่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

๒. กรณีมีความจำเป็นต้องกำหนดรายการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการเพิ่มเติมตามหลักเกณฑ์ ข้อ ๑.๑๐ ต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง ผู้เสนอขอต้องแสดงหลักฐานการตรวจวินิจฉัย การประเมินความจำเป็น หรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หรือคำรับรองจากนักกายภาพบำบัด/นักกิจกรรมบำบัด

๓. ครุฝึก O&M (Orientation & Mobility) ที่ผ่านการอบรมตามประกาศ สปสช. ลงวันที่ ๑๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ และหน่วยงานที่มีศักยภาพต้องออกไปให้บริการในชุมชนเท่านั้น

๔. การกำหนดระยะเวลาการจ่ายเงินให้หน่วยบริการ ให้เป็นไปตามมติของคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปางเป็นคราวๆ ไป

ประเภทที่ ๒ การซ่อม ดัดแปลง เปลี่ยนชิ้นส่วน หรือการจัดทำเป็นกรณีเฉพาะของอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ (ตามประกาศฯ ข้อ ๒.๒)

๑. หลักเกณฑ์การขอรับการสนับสนุน เพื่อสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายในการที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง ให้ความตกลงร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่รับเป็นหน่วย หรือศูนย์บริการซ่อม ดัดแปลง เปลี่ยนชิ้นส่วน หรือจัดทำอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ “เฉพาะราย” เพื่อความสะดวกต่อการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิในพื้นที่

๒. หน่วยงานที่สามารถขอรับการสนับสนุน

๒.๑ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๒.๒ สถานบริการ

๒.๓ หน่วยบริการ

๒.๔ หน่วยงานสาธารณสุข

๒.๕ กลุ่มคนพิการ

๒.๖ กลุ่มผู้สูงอายุ

๒.๗ หน่วยงาน/องค์กรอื่น

๓. ขั้นตอนการขอรับการสนับสนุน

๓.๑ ศูนย์บริการซ่อม ดัดแปลงฯ ที่สนใจและมีความพร้อม ส่งโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง (ตามแบบ กฟ. ๑)

๓.๒ คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปางพิจารณาอนุมัติ ตามที่เสนอขอเป็นคราวๆ ไป

๓.๓ องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง ทำบันทึกข้อตกลงกับศูนย์บริการซ่อม ดัดแปลง

/๓.๔ ศูนย์บริการ...

- ๓.๔ ศูนย์บริการซ่อม ดัดแปลง ดำเนินการตามโครงการที่ได้รับอนุมัติ
- ๓.๕ ศูนย์ซ่อม ดัดแปลง ส่งเอกสารเบิก - จ่ายเงินให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง
- ๓.๖ องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปางเบิก - จ่ายเงินให้ศูนย์ซ่อม ดัดแปลง (เป็นครั้งๆ ไป)
- ๓.๗ ศูนย์บริการซ่อม ดัดแปลง รายงานผลการดำเนินโครงการให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปางทราบ ภายใน ๓๐ วัน หลังเสร็จสิ้นโครงการ (ตามแบบ กฟ. ๒ รายงานผลการดำเนินงานที่กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปางกำหนด)

#### ๔. เอกสาร/หลักฐานประกอบการพิจารณา

- ๔.๑ โครงการตามแบบฟอร์มของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง (แบบ กฟ. ๑)
- ๔.๒ แผนการบริหารจัดการซ่อม ดัดแปลง
- ๔.๓ ข้อมูลแสดงรายละเอียด รายการอุปกรณ์ที่ต้องการซ่อม ดัดแปลงของกลุ่มเป้าหมายในโครงการ
- ๔.๔ กำหนดการจัดกิจกรรม แผนการดำเนินงาน

**หมายเหตุ** กรณีการจัดทำอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการเป็นกรณีเฉพาะคนพิการนั้นๆ ควรให้บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เช่น นักกายอุปกรณ์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ร่วมประเมินและออกแบบอุปกรณ์ เพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะความพิการ ความจำเป็นด้านสุขภาพ และการดำรงชีวิตประจำวัน ไม่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนด้านสุขภาพอื่นๆ แก่กลุ่มเป้าหมายเมื่อใช้อุปกรณ์ดังกล่าวในภายหลัง โดยศูนย์บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเสนอขอการสนับสนุนเป็นครั้งๆ ไป หรือเป็นการเฉพาะราย

ประเภทที่ ๓ การยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งนี้ให้รวมค่าใช้จ่ายในการจัดหา ซ่อมแซม และขนย้ายอุปกรณ์ (ตามประกาศฯ ข้อ ๒.๓)

๑. หลักเกณฑ์การขอรับการสนับสนุน ให้กับหน่วยบริการ หรือ ศูนย์บริการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์รวมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการในลักษณะโครงการ หรือกิจกรรมซ่อมแซม บำรุงรักษาให้คงสภาพพร้อมใช้งาน การเคลื่อนย้ายไปส่งที่บ้าน รับคืนเมื่อหมดความจำเป็น รับบริจาคที่ไม่ได้ใช้งานแล้ว มาปรับปรุงให้พร้อมใช้งานเพื่อหมุนเวียนให้ยืมต่อ

#### ๒. หน่วยงานที่สามารถขอรับการสนับสนุน

- ๒.๑ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
- ๒.๒ สถานบริการ
- ๒.๓ หน่วยบริการ
- ๒.๔ หน่วยงานสาธารณสุข
- ๒.๕ กลุ่มคนพิการ
- ๒.๖ กลุ่มผู้สูงอายุ
- ๒.๗ หน่วยงาน/องค์กรอื่น

#### ๓. ขั้นตอนการขอรับการสนับสนุน

- ๓.๑ ศูนย์ยืม - คืนที่สมัครใจและมีความพร้อม ส่งโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง (ตามแบบ กฟ. ๑)
- ๓.๒ คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง พิจารณาอนุมัติตามที่เสนอขอเป็นคราวๆ ไป

- ๓.๓ องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง ทำบันทึกข้อตกลงกับศูนย์ยิ้ม - คีน
- ๓.๔ องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง เบิก - จ่ายเงินให้ศูนย์ยิ้ม - คีน
- ๓.๕ ศูนย์ยิ้ม - คีน ดำเนินการตามโครงการที่ได้รับอนุมัติ
- ๓.๖ ศูนย์ยิ้ม - คีน ส่งเงินคืน (กรณีมีเงินเหลือจ่ายจากโครงการ) ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง หลังเสร็จสิ้นการดำเนินโครงการ
- ๓.๗ ศูนย์ยิ้ม - คีน รายงานผลการดำเนินโครงการให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปางทราบ ภายใน ๓๐ วัน หลังเสร็จสิ้นโครงการ (ตามแบบ กฟ. ๒ รายงานผลการดำเนินงานที่กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปางกำหนด)

#### ๔. เอกสาร/หลักฐานประกอบการพิจารณา

- ๔.๑ โครงการตามแบบฟอร์มของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง (แบบ กฟ. ๑)
- ๔.๒ แผนการบริหารจัดการ
- ๔.๓ ข้อมูลกลุ่มเป้าหมายในโครงการ

ประเภทที่ ๔ การพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับชุมชนและที่บ้าน (ตามประกาศฯ ข้อ ๒.๔)

๑. หลักเกณฑ์การขอรับการสนับสนุน เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายให้หน่วยงาน องค์กร จัดบริการเชิงรุก หรือพัฒนารูปแบบการให้บริการการดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนหรือที่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยนักกายภาพบำบัด/ นักกิจกรรมบำบัด/ ครูฝึก O&M ในลักษณะโครงการ

#### ๒. ที่สามารถขอรับการสนับสนุน

- ๒.๑ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- ๒.๒ สถานบริการ
- ๒.๓ หน่วยบริการ
- ๒.๔ หน่วยงานสาธารณสุข
- ๒.๕ กลุ่มคนพิการ
- ๒.๖ กลุ่มผู้สูงอายุ
- ๒.๗ หน่วยงาน/องค์กรอื่น

#### ๓. ขั้นตอนการขอรับการสนับสนุน

- ๓.๑ หน่วยงาน กลุ่มองค์กรที่สนใจ ส่งโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง (ตามแบบ กฟ. ๑)
- ๓.๒ อนุกรรมการพิจารณากลับกรองโครงการ ประเมินความเป็นไปได้และความเหมาะสมของโครงการ สรุปความเห็นเสนอต่อคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง
- ๓.๓ คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง พิจารณาอนุมัติ ตามที่เสนอขอเป็นคราวๆ ไป
- ๓.๔ องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง ทำบันทึกข้อตกลงกับหน่วยงาน กลุ่มองค์กร
- ๓.๕ องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง เบิก - จ่ายเงินให้หน่วยงาน กลุ่มองค์กร
- ๓.๖ หน่วยงาน กลุ่มองค์กรดำเนินการตามโครงการที่ได้รับอนุมัติ

๓.๗ กรณีมีเงินเหลือจ่ายจากโครงการ หน่วยงาน กลุ่มองค์กร ส่งเงินคืน บัญชีกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง ภายใน ๑๕ วัน หลังเสร็จสิ้นการดำเนินโครงการ

๓.๘ หน่วยงาน กลุ่มองค์กร รายงานผลการดำเนินโครงการให้คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปางทราบ ภายใน ๓๐ วัน หลังเสร็จสิ้นโครงการ (ตามแบบ กฟ. ๒ รายงานผลการดำเนินงานที่กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปางกำหนด)

#### ๔. เอกสาร/หลักฐานประกอบการพิจารณา

๔.๑ โครงการตามแบบฟอร์มของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง (แบบ กฟ. ๑)

๔.๒ แผนการบริหารจัดการ

๔.๓ ข้อมูลกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่

๔.๔ กำหนดการจัดกิจกรรม/แผนการดำเนินงาน

หมายเหตุ ๑. ค่าใช้จ่ายในการดำเนินโครงการ ต้องไม่เบิกซ้ำซ้อนกับการจัดบริการประเภทที่ ๑

๒. สนับสนุนค่าอาหารมื้อละไม่เกิน ๘๐ บาท

๓. สนับสนุนค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม มื้อละไม่เกิน ๓๕ บาท

๔. กรณีการดูแลช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ต้องไม่ซ้ำซ้อนกับงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของ อปท. ในพื้นที่ (Long Term Care)

๕. ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เป็นไปตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม และการเข้ารับการฝึกอบรมของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๗ และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยอนุโลม หรือระเบียบการเบิก - จ่ายเงินของหน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุน (ถ้ามี)

ประเภทที่ ๕ การจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน ให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น (ตามประกาศฯ ข้อ ๒.๕)

๑. หลักเกณฑ์การขอรับการสนับสนุน เพื่อสนับสนุนการดำเนินการจัดสภาพแวดล้อม หรือบริการขั้นพื้นฐานเพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น รายละเอียดไม่เกิน ๔๐,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน) ต่อครั้งของการเสนอขอ โดยมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

๑.๑ ต้องเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในที่พักที่มีบ้านเลขที่ และอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดลำปาง หรือเป็นผู้ที่เข้ามาพักอาศัยในบ้านที่มีเลขที่ติดต่อกันมาแล้วไม่น้อยกว่าหกเดือน ยกเว้นกรณีการย้ายเข้ามาอยู่ใหม่ภายหลังเกิดความเจ็บป่วย หรือความพิการ

๑.๒ ที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมกับสภาพความพิการหรือการฟื้นฟูสภาพความเจ็บป่วย

๑.๓ มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพ

๑.๔ ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งทุนอื่นๆ เช่น หน่วยงานภาครัฐ เอกชน องค์กรสาธารณกุศล มูลนิธิ เป็นต้น หรือได้รับแต่ไม่เพียงพอ

๑.๕ กรณีไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่พักอาศัยแห่งนั้น จะต้องแนบหลักฐานการให้ความยินยอมจากเจ้าของกรรมสิทธิ์หรือผู้ได้รับมอบอำนาจจากเจ้าของกรรมสิทธิ์ เพื่อให้ปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยได้

๑.๖ ในกรณีเป็นบ้านเช่าต้องมีหลักฐานให้อยู่อาศัยได้ไม่น้อยกว่าหกเดือนและต้องมีหลักฐานการให้ความยินยอมจากเจ้าของบ้านเช่า

๑.๗ รายการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐานที่สามารถดำเนินการได้ เช่น การปรับปรุงห้องน้ำและห้องอาบน้ำ ติดตั้งราวจับอุปกรณ์พยุงตัว วัสดุปูพื้นและปรับระดับพื้นเรียบไม่ลื่น ปรับเปลี่ยนสุขภัณฑ์และอุปกรณ์ที่ถูกสุขอนามัย การระบายน้ำที่ดี บันได ทางเดินภายในบ้าน ห้องนอน เติงนอน พื้นที่พักผ่อน ห้องครัว ห้องอาหารภายในอาคาร หลังคา ชานบ้าน ทางเดินรอบบ้าน ภายนอกอาคาร ทางเดิน ทางลาด ราวจับเดินหรือรายการอื่นที่จำเป็น เพื่อให้ผู้มีสิทธิสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น

## ๒. หน่วยงานที่สามารถขอรับการสนับสนุน

๒.๑ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๒.๒ สถานบริการ

๒.๓ หน่วยบริการ

๒.๔ หน่วยงานสาธารณสุข

๒.๕ กลุ่มคนพิการ

๒.๖ กลุ่มผู้สูงอายุ

๒.๗ หน่วยงาน/องค์กรอื่น

## ๓. ขั้นตอนการขอรับการสนับสนุน

๓.๑ หน่วยงาน กลุ่มองค์กรที่สนใจ ส่งโครงการพร้อมเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง (ตามแบบ กฟ. ๑)

๓.๒ อนุกรรมการ ประเมินความเป็นไปได้และความเหมาะสมในการปรับปรุงสภาพแวดล้อม สรุปความเห็นเสนอต่อคณะกรรมการกองทุน

๓.๓ คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง พิจารณานุมัติและบรรจุในแผนการเงินประจำปี

๓.๔ องค์กรบริหารส่วนจังหวัดลำปาง ทำบันทึกข้อตกลงกับหน่วยงาน กลุ่มองค์กร

๓.๕ องค์กรบริหารส่วนจังหวัดลำปาง เบิก - จ่ายเงินให้หน่วยงาน กลุ่มองค์กรที่ขอรับ

๓.๖ หน่วยงาน กลุ่มองค์กรดำเนินการตามโครงการที่ได้รับอนุมัติ

๓.๗ กรณีมีเงินเหลือจ่ายจากโครงการ หน่วยงาน กลุ่มองค์กร ส่งเงินคืนกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง ภายใน ๑๕ วัน หลังเสร็จสิ้นการดำเนินโครงการ

๓.๘ หน่วยงาน กลุ่มองค์กร รายงานผลการดำเนินโครงการให้คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปางทราบ ภายใน ๓๐ วัน หลังเสร็จสิ้นโครงการ (ตามแบบ กฟ. ๔ รายงานผลการดำเนินงานที่กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปางกำหนด)

## ๔. เอกสาร/หลักฐานประกอบการพิจารณา

๔.๑ โครงการตามแบบฟอร์มของกองทุนฯ (แบบ กฟ. ๑)

๔.๒ แบบคำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย (แบบ กฟ. ๖)

๔.๓ แบบประเมินการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย (โดยคณะทำงานสำรวจและประเมินเพื่อการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยฯ) ตามแบบ กฟ. ๕ ที่กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปางกำหนด

๔.๔ หนังสือยินยอมให้ทำการปรับปรุง/ซ่อมแซมบ้านพักอาศัยในที่ดิน (กรณีไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัยแห่งนั้น) ตามแบบ กฟ. ๗ ที่กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปางกำหนด



๔.๕ ประเมินการค่าใช้จ่าย ตามแบบ กฟ. ๘ (โดยช่างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นผู้ประมาณการ พร้อมทั้งแบบ ปร.๔ ปร.๕)

๔.๖ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ

๔.๗ สำเนาทะเบียนบ้าน

๔.๘ ภาพถ่ายสภาพบ้าน (ก่อนการปรับสภาพ)

๔.๙ ภาพถ่ายคนพิการ (ภาพเต็มตัว) และผู้ดูแล (ถ้ามี) พร้อมสภาพแวดล้อมที่ต้องการปรับปรุง ซ่อมแซม

หมายเหตุ การพิจารณากลุ่มเป้าหมายต้องคำนึงถึง ความยากลำบาก ความมั่นคง ความปลอดภัยของกลุ่มเป้าหมายในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การใช้ประโยชน์จากที่อยู่อาศัยเป็นสำคัญ

## โครงการขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง

โครงการ.....

๑. หลักการและเหตุผล (สาเหตุและความจำเป็นต้องมีโครงการ)

.....

๒. วัตถุประสงค์ของโครงการ (แสดงความต้องการให้เกิดอะไรเพื่อประโยชน์ของประชาชนในจังหวัดที่ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ)

๑. ....

๒. ....

๓. ....

๔. ....

๓. เป้าหมายของโครงการ (เป็นการคาดหวังล่วงหน้าในเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพถึงผลที่ประชาชนในจังหวัดที่ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพได้รับ)

๑. ....

๒. ....

๓. ....

๔. ....

๔. วิธีดำเนินการ (การให้รายละเอียดในการดำเนินการ ทำอย่างไรเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งรวมถึงระเบียบ ข้อบังคับ หลักเกณฑ์ หรือวิธีปฏิบัติในการใช้จ่ายเงิน)

.....

๕. ระยะเวลาในการดำเนินการ (ควรมีระยะเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดของโครงการ)

.....

๖. สถานที่ดำเนินการ (ควรระบุสถานที่ให้ชัดเจน)

.....

๗. ผู้รับผิดชอบโครงการ (ผู้ใดหรือหน่วยงานใดเป็นผู้รับผิดชอบ)

.....

.....

๘. งบประมาณ

๘.๑ ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจาก กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดลำปาง

จำนวนเงิน .....บาท (.....)

รายละเอียดประมาณการค่าใช้จ่ายปรากฏตามเอกสารแนบท้าย

๙. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการนี้ (ก่อให้เกิดประโยชน์กับประชาชนในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
ที่ขอรับ เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างไร)

๑. ....

๒. ....

๓. ....

๔. ....

ลงชื่อ.....ผู้เสนอโครงการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

(ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ)

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบโครงการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

(ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ)

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติโครงการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

(ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ)

หมายเหตุ ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจะต้องเขียนโครงการให้ละเอียดเพื่อให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ  
พิจารณาว่า เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและ  
บริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๒

(แบบประมาณการค่าใช้จ่าย)  
รายละเอียดประมาณการค่าใช้จ่ายแนบท้าย

โครงการ.....

ลำดับที่	รายการค่าใช้จ่าย	จำนวนเงิน (บาท)
๑		
๒		
๓		
๔		
๕		
๖		
๗		
๘		
๙		
๑๐		
๑๑		
๑๒		
๑๓		
๑๔		
๑๕		
รวม		

(ตัวหนังสือ) (.....)

หมายเหตุ ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจะต้องแสดงรายละเอียดประมาณการค่าใช้จ่ายเพื่อให้กองทุน  
ฟื้นฟูสมรรถภาพ พิจารณาว่าอยู่ในอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายหรือไม่

## แบบรายงานผลการดำเนินงาน

รายงานผลการดำเนินงานตามโครงการที่ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง

โครงการ.....

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ....

รายงาน ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๑. หน่วยงานที่ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ.....

๒. งบประมาณ

๒.๑ งบประมาณของโครงการที่ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ.....บาท

๒.๒ งบประมาณที่ได้ใช้ไปในการดำเนินงานโครงการ.....บาท

๒.๓ งบประมาณคงเหลือ.....บาท (ถ้ามี)

๓. ผลการดำเนินการ

๓.๑ ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพขอรายงานผลการดำเนินงานโครงการ ตามบันทึกข้อตกลงการรับเงินกองทุน ฟื้นฟูสมรรถภาพ เลขที่...../.....วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .... ได้รับดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....และเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

๓.๒ ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพขอส่งสำเนาเอกสารใบเสร็จรับเงินหรือเอกสารหลักฐานอื่น จำนวน..... ฉบับจำนวนเงิน.....บาท (.....) ของการดำเนินการตามโครงการที่ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ มาพร้อมหนังสือนี้เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตรวจสอบต่อไป

๓.๓ ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพขอส่งเงินงบประมาณคงเหลือ (ถ้ามี) จำนวน.....บาทคืน มาพร้อมหนังสือนี้

๓.๔ ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับ (เขียนให้เห็นว่าเกิดประโยชน์กับประชาชนในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างไร).....

๔. ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพไม่สามารถดำเนินการตามโครงการได้ เนื่องจาก..... จึงขอส่งเงินคืน จำนวน.....บาท (.....) มาพร้อมหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน (ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ)

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ กรณีองค์กรประชาชนและองค์กรการกุศลลงนามไม่น้อยกว่าสามคน



แบบประเมินการปรับสภาพแวดล้อมสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ  
ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ประวัติส่วนบุคคลของผู้รับการประเมิน

๑. วันที่ออกประเมิน .....

๒. คำนำหน้าชื่อ (ด.ช./ต.ญ./นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....

๓. เลขที่บัตรประชาชน - กรณีไม่มีเนื่องจาก.....

๔. วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี เพศ  ชาย  หญิง

๕. สถานภาพ  โสด  สมรสอยู่ด้วยกัน  สมรสแยกกันอยู่  
 หย่าร้าง  ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน  หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

๖. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

ชื่อสถานที่..... รหัสประจำบ้าน

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์..... เบอร์ต่อ..... โทรสาร.....

๗. ที่อยู่ปัจจุบัน

ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียน จำนวนผู้อยู่อาศัย.....คน

(กรณีเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ให้ทำเครื่องหมาย / ใน  และข้ามไปกรอกข้อ ๘)

ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน..... รหัสประจำบ้าน

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... อบต./เทศบาล.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์..... โทรสาร.....

๘. ลักษณะที่อยู่อาศัย  บ้านตนเอง  อาศัยผู้อื่นอยู่  บ้านเช่า  อยู่กับผู้จ้าง  ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง  
 ชั้นเดียว  สองชั้น ผู้พิการ/ผู้สูงอายุพักชั้น.....

๙. ลักษณะห้องน้ำ ราวจับ  มี  ไม่มี  ชักโครก  ล้างซึม  ผ้าอ้อม  อื่นๆ .....

สภาพที่อยู่อาศัยและความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง

พื้นบ้าน / หลังคา / บันได

ฝ้าบ้าน / ห้องนอน / ประตู / หน้าต่าง / ระบบไฟฟ้า (สวิตซ์ไฟฟ้า / ปลั๊กไฟ / สายไฟ)

ห้องน้ำ / ห้องสุขา

ระเบียง / ชานบ้าน

อื่นๆ (ระบุ).....

๑๐. ประเภทผู้ประสบปัญหา

ผู้พิการ ประเภทของความพิการ.....

จดทะเบียนคนพิการ เลขบัตรประจำตัวคนพิการ.....ระดับความพิการ.....

ไม่ได้จดทะเบียนคนพิการ

ผู้สูงอายุ

ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน

ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

๑๑. ระดับการศึกษา

- ไม่ได้รับการศึกษา/ไม่จบชั้นประถมศึกษา  ประถมศึกษา  มัธยมศึกษาตอนต้น
- มัธยมศึกษาตอนปลาย  ปวช./เทียบเท่า  ปวส./อนุปริญญา/เทียบเท่า
- ปริญญาตรี  สูงกว่าปริญญาตรี  อื่นๆ (ระบุ).....

๑๒. อาชีพ

- ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน  นักเรียน/นักศึกษา  ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว  ภิกษุ/สามเณร/แม่ชี
- เกษตรกร (ทำไร่/นา/สวน/เลี้ยงสัตว์/ประมง)  ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ  รับจ้าง
- พนักงานรัฐวิสาหกิจ  พนักงานบริษัท  อื่นๆ ระบุ.....

๑๓. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท ที่มาของรายได้  ด้วยตนเอง  ผู้อื่นให้

๑๔. ชื่อที่สามารถติดต่อได้.....ความเกี่ยวข้อง.....เบอร์โทรศัพท์.....

๑๕. การได้รับความช่วยเหลือ/สวัสดิการ อุปกรณ์/เครื่องช่วยที่เคยได้รับ

- ๑. ....จาก.....จำนวน.....ชิ้น
- ๒. ....จาก.....จำนวน.....ชิ้น
- ๓. ....จาก.....จำนวน.....ชิ้น

ความคิดเห็นของคณะทำงานประเมินฯ

.....

.....

ลงชื่อ.....คณะทำงาน  
(.....)

ลงชื่อ.....คณะทำงาน  
(.....)

ลงชื่อ.....คณะทำงาน  
(.....)

ลงชื่อ.....คณะทำงาน  
(.....)

ลงชื่อ.....คณะทำงาน  
(.....)

ลงชื่อ.....คณะทำงาน  
(.....)

ลงชื่อ.....คณะทำงาน  
(.....)

ลงชื่อ.....คณะทำงาน  
(.....)

ลงชื่อ.....คณะทำงาน  
(.....)

ลงชื่อ.....คณะทำงาน  
(.....)

แบบคำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ  
ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

## ประวัติบุคคล

๑. คำนำหน้าชื่อ (ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....

เชื้อชาติ.....สัญชาติ..... ศาสนา.....

๒. เลขที่บัตรประชาชน - กรณีไม่มีเนื่องจาก.....

๓. วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี เพศ  ชาย  หญิง

๔. สถานภาพ  โสด  สมรสอยู่ด้วยกัน  สมรสแยกกันอยู่  
 หย่าร้าง  ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน  หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

## ๕. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

ชื่อสถานที่..... รหัสประจำบ้าน

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์..... เบอร์ต่อ..... โทรสาร.....

## ๖. ที่อยู่ปัจจุบัน

ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียน จำนวนผู้อยู่อาศัย.....คน

(กรณีเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ให้ทำเครื่องหมาย / ใน  และข้ามไปกรอกข้อ ๗)

ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน..... รหัสประจำบ้าน

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... อบต./เทศบาล.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์..... โทรสาร.....

## ๗. สมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย

ที่	ชื่อ-สกุล	อายุ	เกี่ยวข้องกับ	อาชีพ	รายได้ (บ/ด)	หมายเหตุ

๘. ลักษณะที่อยู่อาศัย  บ้านตนเอง  อาศัยผู้อื่นอยู่  บ้านเช่า  อยู่กับผู้จ้าง  ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง  
สภาพที่อยู่อาศัยปัจจุบัน .....

๙. ประเภทผู้ประสบปัญหา

- ผู้พิการ ประเภทของความพิการ.....
- จดทะเบียนคนพิการ เลขบัตรประจำตัวคนพิการ..... ระดับความพิการ.....
- ไม่ได้จดทะเบียนคนพิการ
- ผู้สูงอายุ
- ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน
- ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

๑๐. ระดับการศึกษา

- ไม่ได้รับการศึกษา/ไม่จบชั้นประถมศึกษา
- ประถมศึกษา
- มัธยมศึกษาตอนต้น
- มัธยมศึกษาตอนปลาย
- ปวช./เทียบเท่า
- ปวส./อนุปริญญา /เทียบเท่า
- ปริญญาตรี
- สูงกว่าปริญญาตรี
- อื่นๆ (ระบุ).....

๑๑. อาชีพ

- ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน
- นักเรียน/นักศึกษา
- ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
- ภาครัฐ/สามเณร/แม่ชี
- เกษตรกร (ทำไร่/นา/สวน/เลี้ยงสัตว์/ประมง)
- ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ
- รับจ้าง
- พนักงานรัฐวิสาหกิจ
- พนักงานบริษัท
- อื่นๆ ระบุ.....

๑๒. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท ที่มาของรายได้  ด้วยตนเอง  ผู้อื่นให้

๑๓. ชื่อที่สามารถติดต่อได้.....ความเกี่ยวข้อง.....เบอร์โทรศัพท์.....

๑๔. การได้รับความช่วยเหลือ / สวัสดิการ อุปกรณ์ / เครื่องช่วย ที่เคยได้รับ

- ๑. ....จาก.....จำนวน.....ชิ้น
- ๒. ....จาก.....จำนวน.....ชิ้น
- ๓. ....จาก.....จำนวน.....ชิ้น

๑๕. สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ เลือกตอบได้ (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

- ไม่มีที่อยู่อาศัย
- ไม่มีรายได้
- รู้สึกด้อยกว่าผู้อื่น
- ถูกรังเกียจเหยียดหยาม
- ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ
- ครอบครัวหรือผู้อุปการะมีฐานะยากจน
- ไม่มีโอกาสเรียนหนังสือ
- ไม่ได้รับการฝึกอาชีพ
- ไม่มีเงินทุนประกอบอาชีพ
- มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ
- ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู
- มีความลำบากเมื่อออกนอกบ้าน
- ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนหรือการปรับตัวที่เหมาะสม
- ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน
- เงินไม่พอใช้จ่าย
- ไม่มีงานทำ
- ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน
- ไม่มีคนอุปการะ/ไรที่พึ่ง
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชีวิตประจำวัน
- ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง

๑๖. ความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง

พื้นบ้าน / หลังคา / บันได

ฝาบ้าน / ห้องนอน / ประตู / หน้าต่าง / ระบบไฟฟ้า (สวิตซ์ไฟฟ้า / ปลั๊กไฟ / สายไฟ)

ห้องน้ำ / ห้องสุขา

ระเบียง / ขานบ้าน

อื่นๆ (ระบุ).....

การตรวจประเมินการปรับสภาพ

ตรวจประเมินวันที่.....

ชื่อ-นามสกุลเจ้าหน้าที่.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

ลงชื่อ.....ผู้บันทึกข้อมูล (กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง)  
(.....)

ความเห็นของผู้ประเมิน (สิ่งที่ควรปรับสภาพที่อยู่อาศัยตามสภาพคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง)

.....  
.....

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (นักกายภาพบำบัดประจำโรงพยาบาล)  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล)  
(.....)



หนังสือให้ความยินยอมในการปรับสภาพแวดล้อม/ปรับปรุง/ซ่อมแซม

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เป็น ( ) เจ้าของบ้าน

หรือ ( ) สมาชิกในครอบครัวที่ได้มอบหมายจากเจ้าของบ้านพักอาศัยเลขที่..... ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

ซึ่งเกี่ยวพันเป็น ( ) บิดา ( ) มารดา ( ) สามี ( ) ภรรยา ( ) บุตร ( ) หลาน ( ) อื่นๆ (ระบุ).....

ของคณพิการ ชื่อ ..... นั้น

ขอทำหนังสือฉบับนี้ไว้เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

๑. ข้าพเจ้าและครอบครัวได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของการซ่อมแซม / ปรับปรุงบ้านพักอาศัย ให้แก่คณพิการ ตามโครงการฯ ของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

๒. ข้าพเจ้าและครอบครัวที่มีความประสงค์และยินยอมให้มีการซ่อมแซม / ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้ ตามรายการและระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่กำหนดทุกประการ

๓. เพื่อให้การดำเนินการซ่อมแซม / ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยด้วยดี ข้าพเจ้าและ บริวารหรือตัวแทนของข้าพเจ้า ชื่อ..... จะอยู่ร่วมมือร่วมแรง และช่วยอำนวยความสะดวกทุกด้านอย่างเต็มที่กำลังความสามารถแก่คณะทำงานฯ ตลอดระยะเวลาของการซ่อมแซม/ ปรับปรุง บ้านพักอาศัยหลังนี้ โดยไม่เรียกร้องค่าตอบแทนใดๆ ทั้งสิ้น

๔. ในกรณีที่มิมีสาเหตุสุวิสัยหรือความเสียหายใดๆเกิดขึ้นในระหว่างการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัย หลังนี้ โดยข้าพเจ้าหรือตัวแทนของข้าพเจ้าได้รับรู้ด้วยแล้ว ข้าพเจ้าและครอบครัวจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายและ สิทธิใดๆ ทั้งสิ้นจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่อย่างใด

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

หมายเหตุ แนบเอกสารประกอบได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของเจ้า  
ของบ้านพักอาศัยและคณพิการในครอบครัว



แบบรายงานการปรับสภาพแวดล้อม/ปรับปรุง/ซ่อมแซมที่อยู่อาศัย  
 กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง  
 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ....

ร.ที่	ชื่อ-สกุล/เลข ประจำตัวคนพิการ	อายุ (ปี)	ที่อยู่	ประเภท ความพิการ	รายละเอียด การปรับสภาพ แวดล้อมที่อยู่ อาศัย	งบประมาณ (บาท)	
						ที่ได้รับ	เบิกจ่าย

\*\*\*หมายเหตุ หากดำเนินการเสร็จสิ้นแล้วให้รีบดำเนินการรายงานให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดลำปาง  
 ทราบโดยทันที พร้อมภาพถ่ายการดำเนินงาน ก่อน-หลัง การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย