



ระเบียบคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การปรับสภาพแวดล้อม สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
พ.ศ.๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรกำหนด หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การปรับสภาพแวดล้อม สำหรับผู้มีสิทธิ
ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามข้อ ๑๐ (๓) แห่งระเบียบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา เรื่อง หลักเกณฑ์
การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา พ.ศ. ๒๕๖๕ และมติของคณะกรรมการ
กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖
จึงได้ออกระเบียบไว้ ดังนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา เรื่อง
หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การปรับสภาพแวดล้อม สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ พ.ศ.๒๕๖๖”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศใช้เป็นต้นไป

หมวดที่ ๑

ข้อความทั่วไป

ข้อ ๓ ในระเบียบนี้

“องค์การบริหารส่วนจังหวัด” หมายความว่า องค์การบริหารส่วนจังหวัดยะลา

“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น” หมายความว่า องค์การบริหารส่วนตำบลตามกฎหมาย
ว่าด้วยสภาพตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตามกฎหมายว่าด้วยเทศบาล หรือองค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่นอื่นรูปแบบอื่นที่มีกฎหมายจัดตั้ง แต่ไม่รวมถึงกรุงเทพมหานคร

“กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ” หมายความว่า กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา

“ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ” หมายความว่า ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟู
สมรรถภาพ จังหวัดยะลา

“คณะกรรมการกองทุน” หมายความว่า คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา

“ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ” หมายความว่า คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ
กึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

“คนพิการ” หมายความว่า คนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

“ผู้สูงอายุ” หมายความว่า ผู้สูงอายุตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ ซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติ
กิจกรรมในชีวิตประจำวัน แต่ยังไม่เข้าเกณฑ์เป็นผู้พิการ โดยอาจมีภาวะความบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน
การสื่อสาร การเคลื่อนไหว จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือภาวะบกพร่องอื่นใด
ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพ

“ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน” หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤตและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ บางส่วนอยู่ มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และแพทย์ผู้รักษามีความเห็นว่าต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในช่วงเวลาที่มีการฟื้นตัวเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มสมรรถนะทางด้านร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือลดภาวะทุพพลภาพ

“ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง” หมายความว่า ผู้ที่คะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล(Bathel ADL Index) เท่ากับหรือน้อยกว่าสิบเอ็ดคะแนน หรือตามเกณฑ์การประเมินที่สำนักงานกำหนด

“หน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุน” หมายความว่า องค์การบริหารส่วนจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“การปรับสภาพแวดล้อม” หมายความว่า การต่อเติม ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงหรือดัดแปลงที่อยู่อาศัยบางส่วน โดยอาศัยการออกแบบ การซ่อมแซม การก่อสร้าง การใช้เทคโนโลยีหรือวิธีการอื่นใดเพื่อขจัดอุปสรรคหรือจัดให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถดำรงชีวิต ในที่อยู่อาศัยนั้นได้โดยสะดวกและเหมาะสมกับสภาพความพิการ รวมถึงเพื่อความปลอดภัยและสุขอนามัย

“ผู้นำชุมชน” หมายความว่า กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สมาชิกสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

หมวดที่ ๒

วัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย

ข้อ ๔ วัตถุประสงค์ในการสนับสนุนการปรับสภาพแวดล้อม เพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น ดังนี้

๑) เพื่อป้องกันและลดโอกาสในการเกิดอุบัติเหตุจากการเคลื่อนที่ทั้งในบ้านและนอกบ้าน และจากการใช้งานพื้นที่ส่วนต่างๆ ภายในบ้าน เช่น ตกบันได หกล้ม สิ้นลุ่มในท้องน้ำ เป็นต้น

๒) เพื่อฟื้นฟูสมรรถนะทางด้านร่างกาย ให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีสมรรถนะทางด้านร่างกายที่ดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลความสะอาดร่างกาย การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร ตลอดจนการแต่งตัว เป็นการปรับสภาพบ้านเพื่อช่วยให้การทำกิจวัตรประจำวันให้สะดวกมากยิ่งขึ้น

๓) เพื่อลดภาระของคนในครอบครัวหรือผู้ดูแล ทำให้ใช้แรงและเวลาในการดูแลผู้ที่อยู่ในความดูแลน้อยลง ลดความเครียด ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๔) การปรับปรุงบ้านให้อยู่ในสภาพที่เหมาะสมต่อการอยู่อาศัย และมีสัญลักษณ์ที่ดี มีความมั่นคง แข็งแรง ปลอดภัย และเหมาะแก่การใช้งาน

ข้อ ๕ ผู้ที่ได้รับการพิจารณาสนับสนุนการปรับสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน อยู่ภายใต้หลักเกณฑ์ ดังนี้

๑) กรณีเป็นคนพิการ ต้องมีบัตรประจำตัวคนพิการ

๒) กรณีเป็นผู้สูงอายุต้องมีบัตรประจำตัวประชาชนที่แสดงว่าเป็นผู้มีอายุ ๖๐ ปี บริบูรณ์ขึ้นไป และมีใบรับรองแพทย์ รับรองว่าเป็นผู้ที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือผู้ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว

๓) กรณีเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน ต้องมีใบรับรองแพทย์ รับรองว่าเป็นผู้ที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือผู้ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว

๔) มีผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่าสิบเอ็ดคะแนน สำหรับกรณีผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

๕) มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดยะลา หรืออาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดยะลาในที่อยู่อาศัยนั้น ติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า ๖ เดือน โดยมีผู้นำชุมชนในพื้นที่เป็นผู้รับรอง

๖) ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคงหรือไม่เหมาะสมกับสภาพของสภาพพิการหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ

๗) ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐ หรือได้รับแต่ไม่เพียงพอ

๘) กรณีไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัยแห่งนั้น ต้องมีหลักฐานการให้ความยินยอมจากเจ้าของ หรือผู้ได้รับอำนาจจากเจ้าของ เพื่อให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยได้หรือในกรณีเป็นบ้านเช่า ต้องมีหลักฐานให้อยู่อาศัยได้ไม่น้อยกว่า ๖ เดือน

๙) มีฐานะยากจน หรือมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพ

๑๐) มีความประพฤติดี โดยผู้นำชุมชนให้การรับรองพร้อมยินยอมให้การทำการปรับสภาพที่อยู่อาศัยตลอดจนการสมทบทรัพยากรอื่น (ทั้งจากครอบครัวและชุมชน)

ข้อ ๖ หลักฐานประกอบการพิจารณาในการสนับสนุนการปรับสภาพแวดล้อม

๑) แบบคำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

๒) แบบประเมินให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

๓) สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

๔) สำเนาทะเบียนบ้าน

๕) ภาพถ่ายสภาพบ้าน (ก่อนปรับปรุง)

๖) ภาพถ่ายคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ผู้ป่วยติดบ้าน/ติดเตียง) และผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน

๗) แบบประมาณการค่าใช้จ่าย (โดยนายช่างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานราชการอื่นเป็นผู้ประมาณการ)

๘) หนังสือให้ความยินยอมในการปรับสภาพแวดล้อม (กรณีไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัยแห่งนั้น)

๙) แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) กรณีไม่ใช่คนพิการ

๑๐) หนังสือรับรองจากผู้นำชุมชน

๑๑) ใบรับรองแพทย์ กรณีผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน

๑๑) หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) เช่น รายงานการประชุมหมู่บ้าน

หมวดที่ ๓

งบประมาณสนับสนุนในการดำเนินการปรับสภาพแวดล้อม

ข้อ ๗ วงเงินในการดำเนินการปรับสภาพแวดล้อม โดยอาจบูรณาการการใช้งบประมาณร่วมกับหน่วยราชการ เอกชน องค์กรอื่น ที่เกี่ยวข้องได้ ดังนี้

๑) ปรับระดับเล็กน้อย ค่าใช้จ่ายไม่เกิน ๒๐,๐๐๐ บาท เช่น ปรับสุขภัณฑ์ในห้องน้ำ ติดตั้งราวจับ ทำทางลาด ทางเดินในบ้านและนอกบ้านหรือรอบๆ ตัวบ้าน

๒) ปรับระดับปานกลาง ค่าใช้จ่ายไม่เกิน ๔๐,๐๐๐ บาท เป็นการปรับภายในบ้านและโครงการสร้างบ้านบางส่วน เช่น การย้ายห้องน้ำ การปรับสุขภัณฑ์ในห้องน้ำ ขยายหรือปรับขนาดประตู เพื่อเข็นรถเข็นเข้าออกได้สะดวก

๓) ปรับระดับใหญ่ ปรับสภาพบ้านมีค่าใช้จ่ายไม่เกิน ๖๐,๐๐๐ บาท เช่น การปรับปรุงและต่อเติมโครงสร้างให้มีความมั่นคง แข็งแรง มีพื้นที่ ใช้สอยเหมาะสม และมีความปลอดภัยมากขึ้น เช่น สร้าง ซ่อม ต่อเติมหลังคา ฝาผนังบ้าน การปรับปรุงห้องครัวย้ายห้องนอนมาอยู่ข้างล่าง การปรับพื้นที่ต่างระดับ การปรับทางสัญจรให้เรียบร้อยไม่มีสิ่งกีดขวาง (การทำทางลาด ทางเดินในบ้าน และนอกบ้าน) การทำห้องนอนชั้นล่าง (ในกรณีที่เป็นบ้านใต้ถุนสูง)

๔) การปรับสภาพแวดล้อมที่ต้องใช้งบประมาณมากกว่าที่กล่าวมานี้ ให้อยู่ที่ดุลยพินิจของคณะกรรมการกองทุนพิจารณาต่อไป

ข้อ ๘ รายการค่าใช้จ่ายที่กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ สนับสนุนสำหรับการปรับสภาพแวดล้อม มีดังนี้

๑) ค่าวัสดุในการปรับปรุง/ซ่อมแซม

๒) ค่าตอบแทนผู้มีวิชาชีพด้านการก่อสร้างเป็นผู้ประมาณการค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ ออกแบบ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละประเภท

๓) ค่าแรงในการซ่อมแซมสภาพแวดล้อม

๔) ค่าบริหารจัดการ เช่น ค่าป้ายบ้าน หรือค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็น

หมวดที่ ๔

ข้อกำหนดและขั้นตอนการขอรับการสนับสนุน

ข้อ ๙ กำหนดงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน ในอัตราเหมาจ่าย หลังละไม่เกิน ๒๐,๐๐๐ - ๖๐,๐๐๐ บาท รวมค่าบริหารจัดการ ค่าป้าย และค่าตอบแทน โดยคิดค่าแรงงาน ไม่เกินร้อยละ ๓๐ ของค่าวัสดุที่ได้รับ

ข้อ ๑๐ รายละเอียดดำเนินการปรับสภาพแวดล้อม ต้องเป็นไปตามความเหมาะสมกับสภาพความพิการหรือตามสภาพความจำเป็น

๑) ห้องน้ำและห้องอาบน้ำ เช่น ติดตั้งราวจับอุปกรณ์พยุงตัว วัสดุปูพื้นและปรับระดับพื้น เรียบไม่ลื่น ปรับเปลี่ยนสุขภัณฑ์และอุปกรณ์ที่ถูกสุขอนามัย ปรับแสงสว่างและการระบายอากาศ ระบบสุขาภิบาล และการระบายน้ำที่ดี

๒) บันได ติดตั้งราวจับอุปกรณ์พยุงตัวที่แข็งแรง ราวกันตก จมูกกันลื่น ขยายชั้นลูกนอน ปรับลดระยะชั้นลูกตั้งไม่ให้ชันหรือตั้งเกินไป และปรับชานพัก

๓) ทางเดินภายในบ้าน ห้องนอน เที่ยงนอน พื้นที่พักผ่อน ห้องครัว ห้องอาหารภายในอาคาร โดยติดตั้งราวจับอุปกรณ์พยุงตัวที่แข็งแรงในพื้นที่ที่ใช้งานบ่อย วัสดุปูพื้นและปรับระดับพื้นเรียบไม่ลื่น แสงสว่างและการระบายอากาศ การจัดเก็บสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆให้เข้าที่ ติดตั้งผลิตภัณฑ์และสิ่งอำนวยความสะดวก มือจับ เที่ยงที่ห้องอาบน้ำเองได้

๔) หลังคา ชานบ้าน ทางเดิน ภายนอกอาคาร เช่น การปรับปรุงทางเดิน ทางลาด ราวจับเดิน

๕) รายละเอียดอื่นๆ เพื่อให้ที่อยู่อาศัยมีความมั่นคง แข็งแรง และปลอดภัย

ข้อ ๑๑ ขั้นตอนการขอรับการสนับสนุนงบประมาณ

๑) ประชาสัมพันธ์การปรับสภาพแวดล้อม สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้หน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุนทราบ เพื่อเสนอโครงการปรับสภาพแวดล้อม ในการขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

๒) กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จะคัดเลือกผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่สมควรได้รับบริการปรับสภาพแวดล้อม ให้เหมาะสมกับข้อจำกัดทางสุขภาพ โดยความยินยอมหรือเห็นด้วยของผู้มีสิทธิ ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและครอบครัว

๓) หน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุน บูรณาการความร่วมมือกับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักกายภาพบำบัด พยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุขในพื้นที่ คัดกรองประเมินสมรรถนะเบื้องต้น และประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) กรณีไม่ใช่คนพิการ

๔) หน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุน แต่งตั้งคณะทำงานในการประเมินปรับสภาพแวดล้อม ไม่น้อยกว่า ๕ คน โดยให้มึนักกายภาพบำบัดโรงพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่อย่างน้อยหนึ่งคน เป็นคณะทำงานด้วย

๕) หน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุน ประสานบุคลากรด้านช่าง เป็นผู้ออกแบบ เขียนแบบ และประมาณราคาหรือค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อม และควบคุมการก่อสร้างร่วมกับนักกายภาพบำบัด หรือพยาบาลประจำ รพ/รพ.สต.ในพื้นที่ ตลอดจนชุมชน กลุ่มเป้าหมายและครอบครัว ทั้งนี้ นอกจากจะมุ่งเน้น การทำให้เกิดสิ่งแวดลอมใหม่ที่สะดวกและปลอดภัยแล้ว ยังต้องเน้นในด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นของผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

๖) หน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุน ส่งโครงการพร้อมแบบประเมินปรับสภาพแวดล้อม และประมาณการค่าใช้จ่ายให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

๗) คณะทำงานด้านการปรับสภาพแวดล้อม ออกประเมินการปรับสภาพแวดล้อม ตามหลักเกณฑ์และพิจารณากลับกรองโครงการการให้ความช่วยเหลือ เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการด้านการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ เพื่อกลับกรองโครงการ

๘) เสนอโครงการที่คณะกรรมการด้านการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ กลับกรองแล้วต่อคณะกรรมการกองทุน พิจารณาให้ความเห็นชอบและอนุมัติโครงการ และแจ้งผลการอนุมัติโครงการ เพื่อให้หน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุนทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง

๙) กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ดำเนินการจัดทำบันทึกข้อตกลงเป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย โดยส่งจ่ายเป็นเช็คในนามหน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุน โดยในการเบิกจ่ายให้ดำเนินการตามระเบียบราชการขององค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือปฏิบัติตามที่สำนักงานกำหนด

๑๐) เมื่อดำเนินการแล้วเสร็จ ให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและครอบครัว ทดลองใช้บริเวณที่มีการปรับสภาพแวดล้อม หากยังไม่เหมาะสมจะต้องปรับแก้จนกว่าจะเกิดความเหมาะสม

หมวดที่ ๕

การจ่ายเงิน

ข้อ ๑๒ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จะดำเนินการจ่ายเงินของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้วยวิธี ดังต่อไปนี้

(๑) จ่ายทางธนาคาร หรือทางอิเล็กทรอนิกส์

(๒) จ่ายเช็คเงินสด

ข้อ ๑๓ การจ่ายเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้ผู้บริหารสูงสุดหรือหัวหน้าของหน่วยงานนั้นๆ เป็นผู้รับเงิน หากไม่สามารถมารับเงินได้ด้วยตนเอง จะมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้รับเงินแทนก็ให้กระทำได้ ทั้งนี้ต้องมีหนังสือมอบอำนาจ

ข้อ ๑๔ การจ่ายเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ต้องมีหลักฐานการจ่ายเป็นใบเสร็จรับเงิน หรือใบสำคัญรับเงิน หรือหลักฐานการนำเงินเข้าบัญชีเงินฝากของหน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุน เก็บไว้เพื่อตรวจสอบ

ข้อ ๑๕ การจัดซื้อจัดจ้างตามโครงการ ให้ถือราคากลางตามระเบียบของทางราชการหรือราคาตลาดโดยทั่วไปในขณะที่จัดซื้อจัดจ้าง และจัดเก็บเอกสารหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ

ข้อ ๑๖ ให้หน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุนรายงานผลการใช้จ่ายเงินงบประมาณตามโครงการที่ได้รับอนุมัติพร้อมสำเนาเอกสารที่เกี่ยวข้องต่อกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่ดำเนินโครงการแล้วเสร็จ พร้อมทั้งส่งคืนเงินเหลือจ่าย (ถ้ามี) ให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ภายในปีงบประมาณนั้นๆ

ข้อ ๑๗ การติดตามและประเมินผลการดำเนินการปรับสภาพแวดล้อม ให้เป็นไปตามคณะอนุกรรมการด้านการติดตามและประเมินผล กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ กำหนด

ข้อ ๑๘ ให้ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นผู้รักษาการตามระเบียบนี้ ให้มีอำนาจในการวินิจฉัย ตีความ ชี้ขาดปัญหา และออกประกาศหลักเกณฑ์ต่างๆเกี่ยวกับการปฏิบัติตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายมุขตาร์ มะทา)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดยะลา

ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา

ตัวอย่าง

โครงการปรับสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา

๑. หลักการและเหตุผล

ตามที่ ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์ การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๒ ลงวันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒ ข้อ ๙(๒) (ค) เพื่อสนับสนุนการดำเนินการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐานเพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น ประกอบกับพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖ มาตรา ๒๐ คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ (๑๐) การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การมีผู้ช่วยคนพิการ หรือการจัดให้มีสวัสดิการอื่นตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ และระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ การมีผู้ช่วยคนพิการ การช่วยเหลือคนพิการที่ไม่มีผู้ดูแล และสิทธิของผู้ดูแลคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๒ ได้กำหนดแนวทางการคุ้มครองสิทธิคนพิการ เกี่ยวกับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการไว้ว่า การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ โดยการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงหรือดัดแปลงที่อยู่อาศัยบางส่วน เพื่อขจัดอุปสรรคหรือจัดให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตในที่อยู่อาศัยนั้นได้โดยสะดวกและเหมาะสมกับสภาพความพิการ รวมถึงความปลอดภัยและสุขอนามัย

เพื่อให้การช่วยเหลือผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้รับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่มีความเหมาะสม สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล.....จึงได้จัดทำโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

๒. วัตถุประสงค์

๑.๑ เพื่อดำเนินการปรับสภาพบ้านและที่อยู่อาศัยสำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้เข้าถึงและใช้ประโยชน์

๑.๒ เพื่อลดความเสี่ยงของอันตรายที่เกิดขึ้น และป้องกันความพิการซ้ำซ้อน

๑.๓ เพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้รับการฟื้นฟูอย่างถูกต้อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ ไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่นหรือเป็นภาระน้อยที่สุด

๓. เป้าหมายของโครงการ

(เป็นการคาดหวังล่วงหน้าในเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพถึงผลที่ประชาชนในจังหวัดที่ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ) คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

๑.....

๒.....

๓.....

๔.....

/๔.วิธีการ.....

๔. วิธีการดำเนินงาน

๔.๑ ดำเนินการคัดกรอง ประเมินสมรรถนะเบื้องต้นจากฐานข้อมูลสมรรถนะของคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง (Sub-Acute) โดยใช้แบบสำรวจประเมินและสอบข้อเท็จจริง ดังนี้

๑ แบบประเมินสมรรถนะคนพิการ - ICF 1

๔.๒ ให้เป็นข้อเสนอร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายเป็นหลัก ทำหน้าที่คัดเลือกและพิจารณา

๔.๓ ดำเนินออกแบบ เขียนแบบและประมาณราคาหรือค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพฯ โดยบุคลากรด้านช่างของ อปท. เพื่อเสนอต่อคณะทำงานด้านการปรับสภาพแวดล้อม ต่อไป

๔.๔ ดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยโดย (ระบุรายละเอียดการปรับสภาพ) และมีรายการควบคุมการก่อสร้าง/ปรับสภาพฯ (โดยระบุรายชื่อผู้ควบคุม).....

๔.๕ สรุปผลการดำเนินงานพร้อมรายงานผลตามแบบรายงานการรับบริการส่งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา หลังจากดำเนินการแล้วเสร็จ

รายละเอียดกิจกรรม

๑. ห้องน้ำและห้องอาบน้ำ เช่น ติดตั้งราวจับอุปกรณ์พยุงตัว วัสดุปูพื้นและปรับระดับพื้นเรียบไม่ลื่น ปรับเปลี่ยนสุขภัณฑ์และอุปกรณ์ที่ถูกสุขอนามัย ปรับแสงสว่างและการระบายอากาศระบบสุขาภิบาลและการระบายน้ำที่ดี

๒. บันได ติดตั้งราวจับพยุงตัวที่แข็งแรง ราวกันตก จมูกกันลื่น ขยายชั้นลูกนอน และปรับลดระยะชั้นลูกตั้งไม่ให้ชันและตั้งเกินไป และปรับชานพัก

๓. ทางเดินภายในบ้าน ห้องนอน เติง พื้นที่พักพ่อน ห้องครัว ห้องอาหารภายในอาคารโดยติดตั้งราวจับอุปกรณ์พยุงตัวที่แข็งแรงในพื้นที่ที่ใช้งานบ่อย วัสดุปูพื้นและปรับระดับพื้นเรียบไม่ลื่น แสงสว่างและการระบายอากาศ การจัดเก็บสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ ให้เข้าที่ และติดตั้งผลิตภัณฑ์และสิ่งอำนวยความสะดวกมือจับ เติงที่ห้อยขาเองได้

๔. หลังคา ชานบ้าน ทางเดินรอบบ้าน ภายนอกอาคาร การปรับปรุงทางเดิน ทางลาด ราวจับเดินและที่จอดรถ

๕. รายละเอียดอื่นๆ เพื่อให้ที่อยู่อาศัยมีความมั่นคงแข็งแรงและปลอดภัย
โครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประจำปี ๒๕๖...

จำนวนบ้าน.....หลัง

จำนวนเงิน.....บาท

/๕.ระยะเวลา.....

๕. ระยะเวลาในการดำเนินการ (ควรมีระยะเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดโครงการ)

ปีงบประมาณ.....(เริ่มเดือน.....ถึงเดือน.....)

๖. สถานที่ดำเนินการ (ควรระบุให้ชัดเจน)

ชุมชนและเขตพื้นที่รับผิดชอบ อบต./เทศบาล.....อำเภอ.....

๗. ผู้รับผิดชอบโครงการ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดยะลา

๘. งบประมาณ

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดสงขลา และการสมทบ
งบประมาณจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง (อปท. , องค์กรภาครัฐและเอกชน หรือองค์กรอื่นๆ)
จำนวนเงิน.....บาท (-.....-) รายละเอียดประมาณการ
ค่าใช้จ่ายปรากฏตามเอกสารแนบท้าย

๙. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการ

๗.๑ ลดความเสี่ยงของอันตรายที่เกิดขึ้น และป้องกันความพิการซ้ำซ้อน

๗.๒ กลุ่มเป้าหมายตระหนักถึงความสามารถที่เหลืออยู่ และรู้คุณค่าของตนเอง

๗.๓ กลุ่มเป้าหมายสามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น
หรือเป็นภาระน้อยที่สุด

ลงชื่อ.....ผู้เสนอโครงการ
(.....)

ตำแหน่ง ..
(ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา)

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบโครงการ
(.....)

ตำแหน่ง ..
(ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา)

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติโครงการ
(.....)

ตำแหน่ง ..
(ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา)

หมายเหตุ ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจะต้องเขียนโครงการให้ละเอียดเพื่อให้กองทุนฟื้นฟูฯ พิจารณาว่า
เป็นไปตามระเบียบคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข
การปรับสภาพแวดล้อม สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ พ.ศ.๒๕๖๖

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	เกี่ยวข้องเป็น	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 ภิกษุ/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 เพื่อประกอบการพิจารณาปรับสภาพบ้าน

- 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
- ไม่มีคนอุปการะ/ไรที่พึ่ง ไม่มีงานทำ ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน
- ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชีวิตประจำวัน

๑๖. ความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง

- พื้นบ้าน / หลังคา / บันได
- ฝาบ้าน / ห้องนอน / ประตู / หน้าต่าง / ระบบไฟฟ้า (สวิตซ์ไฟฟ้า / ปลั๊กไฟ / สายไฟ)
- ห้องน้ำ / ห้องสุขา
- ระเบียง / ชานบ้าน
- อื่นๆ (ระบุ).....

การตรวจประเมินการปรับสภาพ

ตรวจประเมินวันที่.....

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

หน่วยงาน.....

ลงชื่อ.....ผู้บันทึกข้อมูล (กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา
(.....))

ความเห็นของผู้ประเมิน (สิ่งที่ควรปรับสภาพที่อยู่อาศัยตามสภาพคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง)

.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)
(.....)

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่)
(.....)

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

แบบประเมินการปรับสภาพแวดล้อมสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ
ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ประวัติส่วนบุคคลของผู้รับการประเมิน

๑. วันที่ออกประเมิน

๒. คำนำหน้าชื่อ (ด.ช./ด.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 ส้วมซึม ผ้าอ้อม อื่นๆ

สภาพที่อยู่อาศัยและความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง

พื้นบ้าน / หลังคา / บันได

ฝาบ้าน / ห้องนอน / ประตู / หน้าต่าง / ระบบไฟฟ้า (สวิตช์ไฟฟ้า / 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 ฝึกหัด/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

ความคิดเห็นของคณะกรรมการประเมินฯ

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....คณะกรรมการ
(.....)

ลงชื่อ.....คณะกรรมการ
(.....)

ลงชื่อ.....คณะกรรมการ
(.....)

ลงชื่อ.....คณะกรรมการ
(.....)

ลงชื่อ.....คณะกรรมการ
(.....)

แบบประมาณการค่าใช้จ่าย
แบบประเมินการปรับสภาพแวดล้อม/ค่าซ่อมแซม/ปรับปรุง.....

ชื่อเจ้าบ้าน/สถานที่จัดกิจกรรม.....
 สถานที่ดำเนินงานบ้านเลขที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 ผู้ประมาณการ ชื่อ - นามสกุล.....
 ตำแหน่ง.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ค่าวัสดุ		หมายเหตุ
				หน่วยละ (บาท)	รวม (บาท)	

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ระยะเวลาดำเนินงาน.....วัน (โดยคำนวณจากปริมาณงาน)

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).....
ของคนพิการ ชื่อ นั้น

ขอทำหนังสือฉบับนี้ไว้เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

๑. ข้าพเจ้าและครอบครัวได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของการซ่อมแซม / ปรับปรุงบ้านพักอาศัย
ให้แก่คนพิการ ตามโครงการฯ ของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

๒. ข้าพเจ้าและครอบครัวที่มีความประสงค์และยินยอมให้มีการซ่อมแซม / ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้
ตามรายการและระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่กำหนดทุกประการ

๓. เพื่อให้การดำเนินการซ่อมแซม / ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยด้วยดี
ข้าพเจ้าและ บริวารหรือตัวแทนของข้าพเจ้า ชื่อ.....จะอยู่ร่วมมือร่วมแรง
และช่วยอำนวยความสะดวกทุกด้านอย่างเต็มกำลังความสามารถแก่คณะทำงานฯ ตลอดระยะเวลาของ
การซ่อมแซม/ ปรับปรุง บ้านพักอาศัยหลังนี้ โดยไม่เรียกร้องค่าตอบแทนใดๆ ทั้งสิ้น

๔. ในกรณีที่มีสาเหตุสุดวิสัยหรือความเสียหายใดๆเกิดขึ้นในระหว่างการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัย
หลังนี้ โดยข้าพเจ้าหรือตัวแทนของข้าพเจ้าได้รับรู้ด้วยแล้ว ข้าพเจ้าและครอบครัวจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายและ
สิทธิใดๆ ทั้งสิ้นจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่อย่างใด

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

หมายเหตุ แนวนเอกสารประกอบได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของเจ้า
ของบ้านพักอาศัยและคนพิการในครอบครัว

X

แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนิบาร์เธลเอทีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL)

การประเมินกิจวัตรประจำวัน	โรงพยาบาล วันที่	เยี่ยมบ้าน๑ วันที่	เยี่ยมบ้าน๒ วันที่
(๑) รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า ○ ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ๑ ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมให้/ตัดเป็นชิ้นเล็กๆให้ ๒ ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ			
(๒) การล้างหน้า หรือแปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา ๒๔-๔๘ ชั่วโมงที่ผ่านมา ○ ต้องการความช่วยเหลือ ๑ ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)			
(๓) ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ ○ ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน ๒ คนช่วยกันยกขึ้น ๑ ต้องใช้คนแข็งแรงหรือมีทักษะ ๑ คน/ใช้คนทั่วไป ๒ คนพยุงดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ ๒ ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่นช่วยพยุงเล็กน้อย/ต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย ๓ ทำได้เอง			
(๔) การใช้ห้องน้ำ ○ ช่วยตัวเองไม่ได้ ๑ ทำเองได้บ้าง ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง ๒ ช่วยเหลือตัวเองได้ดี			
(๕) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน ○ เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ ๑ ใช้รถเข็นช่วยให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) เข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ ๒ เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง ๓ เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง			
(๖) การสวมใส่เสื้อผ้า ○ ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย ๑ ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ ๕๐ ที่เหลือต้องมีคนช่วย ๒ ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป ใส่เสื้อผ้าที่ตัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)			
(๗) การขึ้นลงบันได ๑ ชั้น ○ ไม่สามารถทำได้ ๑ ต้องการคนช่วย ๒ ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)			
(๘) การอาบน้ำ ○ ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ ๑ อาบน้ำได้เอง			
(๙) การกลั้นการถ่ายอุจจาระ ใน ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา ○ กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ ๑ กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน ๑ ครั้งต่อสัปดาห์) ๒ กลั้นได้เป็นปกติ			
(๑๐) การกลั้นปัสสาวะในระยะ ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา ○ กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้ ๑ กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ ๑ ครั้ง) ๒ กลั้นได้เป็นปกติ			
รวมคะแนน			

ผลการประเมิน

คะแนนรวม ADL ๒๐ คะแนน	แปลผล
๐ - ๔ คะแนน	ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ : very low initial score, total dependence
๕ - ๘ คะแนน	ภาวะพึ่งพารุนแรง : low initial score, severe dependence
๙ - ๑๑ คะแนน	ภาวะพึ่งพานกลาง : intermediate initial score, moderately severe dependence
๑๒ - ๒๐ คะแนน	ไม่เป็นการพึ่งพา : intermediate high, mildly severe dependence, consideration of discharging home

Barthel Activities of Daily Living : ADL () เพิ่มขึ้น () ลดลง () เท่าเดิม

ผู้ประเมิน.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่



ระเบียบคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้กับคนพิการ พ.ศ.๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้กับคนพิการ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามข้อ ๑๐ (๓) แห่งระเบียบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา เรื่อง หลักเกณฑ์ การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา พ.ศ. ๒๕๖๕ และมติของ คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ จึงได้ออกระเบียบไว้ ดังนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้กับคนพิการ พ.ศ.๒๕๖๖”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศใช้เป็นต้นไป

หมวดที่ ๑
ข้อความทั่วไป

ข้อ ๓ ในระเบียบนี้

“องค์การบริหารส่วนจังหวัด” หมายความว่า องค์การบริหารส่วนจังหวัดยะลา

“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น” หมายความว่า องค์การบริหารส่วนตำบลตามกฎหมายว่าด้วยสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตามกฎหมายว่าด้วยเทศบาล หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นรูปแบบอื่นที่มีกฎหมายจัดตั้ง แต่ไม่รวมถึงกรุงเทพมหานคร

“กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ” หมายความว่า กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา

“คณะกรรมการกองทุน” หมายความว่า คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา

“ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ” หมายความว่า ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา

“คนพิการ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่างๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่ต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

“หน่วยบริการในพื้นที่” หมายความว่า หน่วยบริการในจังหวัดยะลา ที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีแพทย์พิจารณาส่งจ่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

“หน่วยบริการจัดเก็บอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ” หมายความว่า องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น หน่วยบริการในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดยะลา หรือหน่วยบริการที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีพื้นที่สามารถจัดเก็บอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการได้ โดยทำข้อตกลงร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือหน่วยบริการในพื้นที่ ในการเป็นหน่วยบริการจัดเก็บ อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ เพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถเบิกอุปกรณ์เครื่องช่วย ความพิการได้อย่างสะดวก และครอบคลุมทุกพื้นที่

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หมวดที่ ๒

กลุ่มเป้าหมาย

ข้อ ๔ กลุ่มเป้าหมาย คือ คนพิการที่เป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิบัตรทอง/UC) และมีบัตรประจำตัวคนพิการ

หมวดที่ ๓

วัตถุประสงค์การสนับสนุน

ข้อ ๕ การสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ เงินในกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วย ความพิการ เพื่อให้หน่วยบริการในพื้นที่ หรือองค์การบริหารส่วนจังหวัด จัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ให้แก่คนพิการ กรณีมีความจำเป็นต้องกำหนดรายการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการเพิ่มเติม เพื่อประโยชน์แก่ ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการกองทุน ในลักษณะโครงการหรือ กิจกรรม ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น หน่วยบริการในพื้นที่ ตามที่ คณะกรรมการกองทุนกำหนด

หมวดที่ ๔

ขั้นตอนและวิธีการเบิกจ่าย

- ข้อ ๖ ขั้นตอนและวิธีการเบิกจ่าย
- ๑) องค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือหน่วยบริการในพื้นที่ ทำโครงการขอสนับสนุนค่าใช้จ่าย จากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อจัดซื้ออุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ตามรายการที่กำหนดตามข้อ ๑๒
 - ๒) องค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือหน่วยบริการในพื้นที่ ดำเนินการจัดซื้ออุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ ตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย แล้วจัดเก็บที่หน่วยบริการจัดเก็บอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ
 - ๓) หน่วยบริการในพื้นที่ ออกใบส่งจ่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการพร้อมรหัสยืนยัน ตัวตนของคนพิการ ตามแบบฟอร์มที่กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพกำหนด นำมาเบิกกับหน่วยบริการจัดเก็บอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ
 - ๔) หน่วยบริการจัดเก็บอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ เก็บใบส่งจ่ายอุปกรณ์เครื่องช่วย ความพิการไว้เพื่อตรวจสอบ

หมวดที่ ๕ การจ่ายเงิน

ข้อ ๗ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จะดำเนินการจ่ายเงินของกองทุนฟื้นฟู ด้วยวิธี ดังต่อไปนี้

- (๑) จ่ายทางธนาคาร หรือทางอิเล็กทรอนิกส์
- (๒) จ่ายเช็คเงินสด

ข้อ ๘ การจ่ายเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้ผู้บริหารสูงสุดหรือหัวหน้าของหน่วยงานนั้นๆ เป็นผู้รับเงิน หากไม่สามารถรับเงินได้ด้วยตนเอง จะมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้รับเงินแทนก็ให้กระทำได้ ทั้งนี้ ต้องมีหนังสือมอบอำนาจ

ข้อ ๙ การจ่ายเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ต้องมีหลักฐานการจ่ายเป็นใบเสร็จรับเงิน หรือใบสำคัญรับเงิน หรือหลักฐานการนำเงินเข้าบัญชีเงินฝากขององค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือหน่วยบริการในพื้นที่ เก็บไว้เพื่อตรวจสอบ

ข้อ ๑๐ การจัดหาครุภัณฑ์อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ให้แนบเอกสารใบเสร็จรับเงินหรือใบสำคัญรับเงินไว้กับรายงานการจ่ายเงินด้วย

ข้อ ๑๑ การจัดซื้อจัดจ้างตามโครงการ ให้ถือราคากลางตามระเบียบของทางราชการหรือราคาตลาดโดยทั่วไปในขณะจัดซื้อจัดจ้าง และจัดเก็บเอกสารหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวดที่ ๖ รายการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

ข้อ ๑๒ ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือหน่วยบริการในพื้นที่ มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนฯ ในการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ตามรายการดังต่อไปนี้

- (๑) ไม้ค้ำยันรักแร้แบบอลูมิเนียม
- (๒) ไม้เท้าอลูมิเนียมแบบสามขา
- (๓) ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้
- (๔) ไม้ค้ำยันรักแร้แบบไม้
- (๕) รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้
- (๖) รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับไม่ได้
- (๗) เบาะรองนั่งสำหรับคนพิการ
- (๘) รถสามล้อโยกมาตรฐานสำหรับคนพิการ
- (๙) แผ่นรองตัวสำหรับผู้ป่วยอัมพาตหรือที่นอนลม

หลักเกณฑ์ รายการ และวิธีการให้เป็นไปตามรายละเอียดแนบท้ายระเบียบนี้

ข้อ ๑๓ กรณีมีความจำเป็นต้องกำหนดรายการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการเพิ่มเติม เพื่อประโยชน์แก่คนพิการ ให้อยู่ในอำนาจพิจารณาของคณะกรรมการกองทุน

ข้อ ๑๔ ภายในสิ้นปีงบประมาณที่ได้รับเงิน ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือหน่วยบริการในพื้นที่ จัดทำรายงานผลการดำเนินงานและรายงานการจ่ายเงินที่ได้รับอนุมัติ ส่งให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ รับทราบ และเก็บไว้เพื่อตรวจสอบ

ข้อ ๑๕ การกำหนดหลักเกณฑ์หรือวิธีปฏิบัติ กรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติตามระเบียบนี้ได้ ให้อยู่ในอำนาจพิจารณาของคณะกรรมการกองทุน

ข้อ ๑๖ ให้ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ มีอำนาจในการวินิจฉัย ตัดความ ชี้ขาด ปัญหา และออกประกาศหลักเกณฑ์ต่างๆเกี่ยวกับการปฏิบัติตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖



(นาย मुखตาร์ มะทา)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดยะลา
ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา

เอกสารแนบท้าย

ระเบียบคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา

เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้กับคนพิการ พ.ศ.๒๕๖๖

ลงวันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคาไม่เกิน
๑	๘๗๐๖	ไม้ค้ำยันรักแร้แบบอลูมิเนียม ลักษณะ : ไม้ค้ำยันความสูงจากระดับรักแร้ถึงพื้นส่วนค้ำยันทำจากอลูมิเนียม ความหนาของอลูมิเนียมไม่ต่ำกว่า ๑.๒ มม. มีที่มือจับอยู่ระหว่างกลาง มีลูกยางกันลื่น ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่สามารถเดินได้แต่มีข้อห้ามในการลงน้ำหนักที่ขาข้างใดข้างหนึ่ง หรือมีอาการขาอ่อนแรง หรือมีการทรงตัวขณะเดินไม่ดี อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	คู่ละ	๖๕๐
๒	๘๗๐๗	ไม้เท้าอลูมิเนียมแบบสามขา ลักษณะ : ไม้ค้ำยันความสูงจากระดับรักแร้ถึงพื้นส่วนค้ำยันทำจากอลูมิเนียม ความหนาของอลูมิเนียมไม่ต่ำกว่า ๑.๒ มม. มีที่มือจับอยู่ระหว่างกลาง มีลูกยางกันลื่น ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่สามารถเดินได้แต่มีข้อห้ามในการลงน้ำหนักที่ขาข้างใดข้างหนึ่ง หรือมีอาการขาอ่อนแรง หรือมีการทรงตัวขณะเดินไม่ดี อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	อันละ	๖๐๐
๓	๘๗๐๘	ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้ ลักษณะ : ไม้เท้าก้านยาว ทำจากวัสดุโลหะ อลูมิเนียม หรือสแตนเลส สามารถพับเก็บได้ ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการทางการเห็น อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	อันละ	๕๐๐
๔	๘๗๑๑	ไม้ค้ำยันรักแร้แบบไม้ ลักษณะ : ไม้ค้ำยันความสูงจากระดับรักแร้ถึงพื้นส่วนค้ำยันทำจากไม้ มีที่มือจับอยู่ระหว่างกลางมีลูกยางกันลื่น ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่สามารถเดินได้แต่มีข้อห้ามในการลงน้ำหนักที่ขาข้างใดข้างหนึ่งหรือมีอาการขาอ่อนแรง หรือมีการทรงตัวขณะเดินไม่ดี อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	คู่ละ	๓๕๐
๕	๘๙๐๑	รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้ ลักษณะ : เป็นอุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนที่ด้วยล้อ มีโครงสร้างหลักผลิตจากโลหะสแตนเลส อลูมิเนียม อลลอยด์หรือ	คันละ	๖,๖๐๐ ราคานี้รวม ค่าบริการซ่อม บำรุงพื้นฐาน

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคาไม่เกิน
		โลหะอื่นที่ผ่านกระบวนการชุบ หรือพ่นสี สามารถพับเก็บได้และสามารถปรับส่วนต่างๆ ให้เข้ากับขนาดร่างกายของผู้ใช้งานได้ <u>ข้อบ่งชี้</u> : สำหรับคนพิการ โดยรถนั่งคนพิการที่ได้ต้องปรับให้เหมาะสมกับความพิการนั้น <u>อายุการใช้งาน</u> : ๓ ปี		และวัสดุตามอายุการใช้งาน
๖	๘๙๐๒	รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับไม่ได้ <u>ลักษณะ</u> : เป็นอุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนที่ด้วยล้อ มีโครงสร้างหลักผลิตจากโลหะสแตนเลส อลูมิเนียม อัดลอยด์หรือโลหะอื่น ที่ผ่านกระบวนการชุบหรือพ่นสี สามารถพับเก็บได้ <u>ข้อบ่งชี้</u> : สำหรับคนพิการที่ไม่สามารถเดินได้ <u>อายุการใช้งาน</u> : ๓ ปี	คันละ	๔,๕๐๐ ราคานี้รวมค่าบริการซ่อมบำรุงพื้นฐานและวัสดุตามอายุการใช้งาน
๗	๘๙๐๓	เบาะรองนั่งสำหรับคนพิการ <u>ลักษณะ</u> : ทำจากวัสดุที่มีคุณสมบัติไม่ต่ำกว่า polyurethane foam, gel cushion, water cushion, หรือชนิด air cushion ที่มีลักษณะนุ่ม สามารถกระจายน้ำหนัก <u>ข้อบ่งชี้</u> : ใช้สำหรับคนพิการที่ต้องนั่งรถนั่งคนพิการแต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง <u>อายุการใช้งาน</u> : ๑ ปี	อันละ	๘๐๐
๘	๘๙๐๔	รถสามล้อโยกมาตรฐานสำหรับคนพิการ <u>ลักษณะ</u> : เป็นอุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนที่ในระยะไกล โครงสร้างหลักทำด้วยเหล็กชุบสี หรือโลหะอื่นที่มีความแข็งแรงมั่นคง ขับเคลื่อนโดยการควบคุมก้านโยก <u>ข้อบ่งชี้</u> : สำหรับคนพิการที่ทรงตัวในท่านั่งได้ดีแขน ๒ ข้างปกติ และสามารถออกนอกบ้านเพื่อการเข้าสู่สังคมหรือประกอบอาชีพ <u>อายุการใช้งาน</u> : ๓ ปี	คันละ	๖,๐๐๐ ราคานี้รวมค่าบริการซ่อมบำรุงพื้นฐานและวัสดุตามอายุการใช้งาน
๙	๙๐๐๑	แผ่นรองตัวสำหรับผู้ป่วยอัมพาตหรือที่นอนลม <u>ลักษณะ</u> : เป็นแผ่นสำหรับรองบนที่นอน ทำจากวัสดุที่มีคุณสมบัติไม่ต่ำกว่า polyurethane foam, gel, water, air สามารถกระจายแรงกดทับได้ดี และสามารถรองรับร่างกายผู้ใช้งานได้ <u>ข้อบ่งชี้</u> : สำหรับคนพิการระดับรุนแรง หรืออนตติเตียงไม่สามารถพลิกตัวเพื่อเปลี่ยนท่านอนเองได้และมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ <u>อายุการใช้งาน</u> : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	อันละ	๑,๐๐๐



โครงการขอสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อจัดซื้ออุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ
กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา

๑. หลักการและเหตุผล (สาเหตุและความจำเป็นต้องมีโครงการ)

.....
.....

๒. วัตถุประสงค์ของโครงการ (แสดงความต้องการให้เกิดอะไรเพื่อประโยชน์ของประชาชน)

๑.
๒.
๓.
๔.

๓. เป้าหมายของโครงการ (เป็นการคาดหวังล่วงหน้าในเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพของประชาชน)

๑.
๒.
๓.
๔.

๔. วิธีดำเนินการ (การให้รายละเอียดในการดำเนินการทำอะไร เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งรวมถึงระเบียบ ข้อบังคับ หลักเกณฑ์ หรือวิธีปฏิบัติในการใช้จ่ายเงิน)

.....
.....

๕. ระยะเวลาในการดำเนินการ (ควรมีระยะเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดของโครงการ)

.....
.....

๖. สถานที่ดำเนินการ (ควรระบุสถานที่ให้ชัดเจน)

.....
.....

๗. ผู้รับผิดชอบโครงการ

.....
.....

๘. งบประมาณ

ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จาก กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา
จำนวน.....บาท (.....)

๙. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการนี้ (ก่อให้เกิดประโยชน์กับประชาชน อย่างไร)

๑.
๒.
๓.
๔.

ลงชื่อ.....ผู้เสนอโครงการ
(.....)

ตำแหน่ง.....
(ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ)

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบโครงการ
(.....)

ตำแหน่ง.....
(ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ)

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติโครงการ
(.....)

ตำแหน่ง.....
(ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ)

หมายเหตุ

ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจะต้องเขียนโครงการให้ละเอียดเพื่อกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ
พิจารณาว่าเป็นไปตามระเบียบคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา พ.ศ. ๒๕๖๖



ใบสั่งจ่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ
กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่.....โทร.....

การวินิจฉัย.....

- ไม้ค้ำยันรักแร้แบบอลูมิเนียม (๘๗๐๖)
- ไม้เท้าอลูมิเนียมแบบสามขา (๘๗๐๗)
- ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้ (๘๗๐๘)
- ไม้ค้ำยันรักแร้แบบไม้ (๘๗๑๑)
- รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้ (๘๙๐๑)
- รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับไม่ได้ (๘๙๐๒)
- เบาะรองนั่งสำหรับคนพิการ (๘๙๐๓)
- รถสามล้อโยกมาตรฐานสำหรับคนพิการ (๘๙๐๔)
- แผ่นรองตัวสำหรับผู้ป่วยอัมพาตหรือที่นอนลม (๙๐๐๑)

แพทย์.....

(.....)

วันที่.....

ผู้จ่ายอุปกรณ์.....size.....

(.....)

วันที่.....

ผู้รับ.....

วันที่.....



ระเบียบคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการซ่อม ตัดแปลง เปลี่ยนชิ้นส่วน
หรือจัดทำเป็นกรณีเฉพาะของอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้กับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรกำหนด หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการซ่อม ตัดแปลง เปลี่ยนชิ้นส่วน หรือจัดทำเป็นกรณีเฉพาะของอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้กับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามข้อ ๑๐ (๓) แห่งระเบียบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา เรื่อง หลักเกณฑ์ การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา พ.ศ. ๒๕๖๕ และมติของคณะกรรมการ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา ในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ จึงได้ออกระเบียบไว้ ดังนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการซ่อม ตัดแปลง เปลี่ยนชิ้นส่วน หรือจัดทำเป็นกรณีเฉพาะ ของอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้กับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ พ.ศ. ๒๕๖๖”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศใช้เป็นต้นไป

หมวดที่ ๑

ข้อความทั่วไป

ข้อ ๓ ในระเบียบนี้

“กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ” หมายความว่า กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา

“ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ” หมายความว่า ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟู สมรรถภาพ จังหวัดยะลา

“คณะกรรมการกองทุน” หมายความว่า คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา

“ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ” หมายความว่า คนพิการ

“คนพิการ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือ เข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่างๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่ต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรม ในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

“หน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุน” หมายความว่า องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สถานบริการ หน่วยบริการ กลุ่มคนพิการ ศูนย์บริการ

“องค์การบริหารส่วนจังหวัด” หมายความว่า องค์การบริหารส่วนจังหวัดยะลา

“องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น” หมายความว่า องค์การบริหารส่วนตำบลตามกฎหมายว่าด้วยสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตามกฎหมายว่าด้วยเทศบาล หรือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในรูปแบบอื่นที่มีกฎหมายจัดตั้ง แต่ไม่รวมถึงกรุงเทพมหานคร

“สถานบริการ” หมายความว่า สถานบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยบริการ” หมายความว่า หน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“กลุ่มคนพิการ” หมายความว่า คนพิการที่รวมตัวกันตั้งแต่ห้าคนขึ้นไป เพื่อดำเนินกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน ทั้งนี้ ไม่ว่าเป็นนิติบุคคลหรือไม่ก็ตาม

“ศูนย์บริการ” หมายความว่า ศูนย์บริการซ่อม ด้ดแปลง เปลี่ยนชิ้นส่วน หรือจัดทำอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการเป็นกรณีเฉพาะ โดยต้องมีช่างซ่อมอุปกรณ์ประจำศูนย์ หรือบุคลากรที่มีศักยภาพในการดำเนินงานตามระเบียบนี้

“เจ้าหน้าที่กองทุนฯ” หมายความว่า ข้าราชการหรือลูกจ้างขององค์การบริหารส่วนจังหวัดยะลา ที่ได้รับการแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา

หมวดที่ ๒

กลุ่มเป้าหมาย

ข้อ ๔ กลุ่มเป้าหมาย คือ คนพิการ อยู่ภายใต้หลักเกณฑ์ ดังนี้

(๑) มีบัตรประจำตัวคนพิการ

(๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดยะลา

หมวดที่ ๓

วัตถุประสงค์

ข้อ ๕ วัตถุประสงค์ในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับการซ่อม ด้ดแปลง เปลี่ยนชิ้นส่วน หรือการจัดทำเป็นกรณีเฉพาะของอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้แก่คนพิการตามความจำเป็น ดังนี้

(๑) เพื่อช่วยเหลือคนพิการในการซ่อม ด้ดแปลง เปลี่ยนชิ้นส่วนอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

(๒) เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับคนพิการ

(๓) เพื่อเพิ่มช่องทางการสนับสนุนงบประมาณให้กับหน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุน กรณีหน่วยงานฯ ไม่มีงบประมาณในการซ่อม ด้ดแปลง เปลี่ยนชิ้นส่วน หรือการจัดทำเป็นกรณีเฉพาะของอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ หรือหน่วยงานฯ มีงบประมาณแต่ไม่เพียงพอ

(๔) การซ่อม ด้ดแปลง เปลี่ยนชิ้นส่วน ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่คนพิการได้รับในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หมวดที่ ๔

หลักฐานประกอบการเสนอโครงการ

ข้อ ๖ หลักฐานประกอบการเสนอโครงการ ประกอบด้วย

- (๑) โครงการพร้อมแผนการดำเนินงาน
- (๒) รายการค่าใช้จ่ายที่ใช้ในโครงการ

หมวดที่ ๕

วิธีการเบิกจ่ายเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อ ๗ วิธีการเบิกจ่ายเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ดำเนินการ ดังนี้

- (๑) หน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุน ส่งโครงการให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ พร้อมหลักฐานประกอบ
- (๒) เจ้าหน้าที่กองทุนฯ ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารหลักฐาน
- (๓) เสนอโครงการต่อคณะกรรมการด้านการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ เพื่อกลั่นกรองโครงการ
- (๔) เสนอโครงการที่คณะกรรมการด้านการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ กลั่นกรองแล้วต่อคณะกรรมการกองทุน พิจารณาให้ความเห็นชอบและอนุมัติโครงการ และแจ้งผลการอนุมัติโครงการ เพื่อให้หน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุนทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง
- (๕) กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จัดทำบันทึกข้อตกลงดำเนินการตามโครงการกับหน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุนเพื่อประกอบการเบิกจ่ายเงิน
- (๖) กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ภายใต้การอนุมัติของคณะกรรมการกองทุนฯ ดำเนินการเบิกจ่ายเงินให้กับหน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุน
- (๗) หน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุน ดำเนินงานตามโครงการ
- (๘) เมื่อเสร็จสิ้นโครงการ ให้หน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุน จัดทำสรุปรายงานผลการดำเนินงานและรายงานการจ่ายเงินในโครงการ ส่งให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการกองทุนทราบ และเก็บไว้ที่หน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุน เพื่อตรวจสอบ
- (๙) กรณีมีเงินคงเหลือจากการดำเนินโครงการให้นำเงินที่เหลือส่งคืนกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ภายในปีงบประมาณนั้นๆ

หมวดที่ ๖

งบประมาณ

ข้อ ๘ กำหนดงบประมาณที่ใช้ในโครงการดำเนินการซ่อม ดัดแปลง เปลี่ยนชิ้นส่วน หรือการจัดทำ เป็นกรณีเฉพาะของอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ โครงการละไม่เกิน ๕๐,๐๐๐ บาท รวมค่าบริหารจัดการ ค่าวัสดุอุปกรณ์ และค่าตอบแทนของช่างซ่อม โดยคิดค่าแรง ไม่เกินร้อยละ ๓๐ ของงบประมาณที่ใช้ในการซ่อมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการแต่ละชิ้น

หมวดที่ ๗
การจ่ายเงิน

ข้อ ๙ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จะดำเนินการจ่ายเงินของกองทุนฯ ด้วยวิธี ดังต่อไปนี้

(๑) จ่ายทางธนาคาร หรือทางอิเล็กทรอนิกส์

(๒) จ่ายเช็คเงินสด

ข้อ ๑๐ การจ่ายเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้ผู้บริหารสูงสุดหรือหัวหน้าของหน่วยงานนั้นๆ เป็นผู้รับเงิน หากไม่สามารถมารับเงินได้ด้วยตนเอง จะมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้รับเงินแทนก็ให้กระทำได้ ทั้งนี้ ต้องมีหนังสือมอบอำนาจ

ข้อ ๑๑ การจ่ายเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้กับหน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุนที่เป็นกลุ่มคนพิการ ให้ผู้แทนที่ได้รับมอบหมายจากกลุ่มนั้นๆ ไม่น้อยกว่าสองคนขึ้นไป เป็นผู้รับเงิน

ข้อ ๑๒ การจ่ายเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ต้องมีหลักฐานการจ่ายเป็นใบเสร็จรับเงิน หรือใบสำคัญรับเงิน หรือหลักฐานการนำเงินเข้าบัญชีเงินฝากของหน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุน เก็บไว้เพื่อตรวจสอบ

ข้อ ๑๓ การจัดซื้อจัดจ้างตามโครงการ ให้ถือราคากลางตามระเบียบของทางราชการหรือราคาตลาด โดยทั่วไปในขณะที่จัดซื้อจัดจ้าง

ข้อ ๑๔ การจัดหาครุภัณฑ์ ให้แนบเอกสารใบเสร็จรับเงินหรือใบสำคัญรับเงินไว้กับรายงานการจ่ายเงินดังกล่าวด้วย

ข้อ ๑๕ จัดทำเป็นกรณีเฉพาะของอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้กับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้อยู่ในอำนาจพิจารณาของคณะกรรมการกองทุน

ข้อ ๑๖ การกำหนดหลักเกณฑ์หรือวิธีปฏิบัติ กรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติตามระเบียบนี้ได้ ให้อยู่ในอำนาจพิจารณาของคณะกรรมการกองทุน

ข้อ ๑๗ ให้ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ มีอำนาจในการวินิจฉัย ตีความ ชี้ขาดปัญหา และออกประกาศหลักเกณฑ์ต่างๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖



(นาย मुखตาร์ มะทา)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดยะลา

ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา



โครงการการซ่อม ด้ดแปลง เปลี่ยนชิ้นส่วน หรือจัดทำเป็นกรณีเฉพาะของอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ
ให้กับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา

๑. หลักการและเหตุผล (สาเหตุและความจำเป็นต้องมีโครงการ)

.....
.....

๒. วัตถุประสงค์ของโครงการ (แสดงความต้องการให้เกิดอะไรเพื่อประโยชน์ของประชาชน)

๑.
๒.
๓.
๔.

๓. เป้าหมายของโครงการ (เป็นการคาดหวังล่วงหน้าในเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพของประชาชน)

๑.
๒.
๓.
๔.

๔. วิธีดำเนินการ (การให้รายละเอียดในการดำเนินการทำอะไร เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล
ซึ่งรวมถึงระเบียบ ข้อบังคับ หลักเกณฑ์ หรือวิธีปฏิบัติในการใช้จ่ายเงิน)

.....
.....

๕. ระยะเวลาในการดำเนินการ (ควรมีระยะเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดของโครงการ)

.....
.....

๖. สถานที่ดำเนินการ (ควรระบุสถานที่ให้ชัดเจน)

.....
.....

๗. ผู้รับผิดชอบโครงการ

.....
.....

๘. งบประมาณ

ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จาก กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา
จำนวน.....บาท (.....)

๙. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการนี้ (ก่อให้เกิดประโยชน์กับประชาชน อย่างไร)

๑.
๒.
๓.
๔.

ลงชื่อ.....ผู้เสนอโครงการ
(.....)

ตำแหน่ง.....
(ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ)

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบโครงการ
(.....)

ตำแหน่ง.....
(ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ)

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติโครงการ
(.....)

ตำแหน่ง.....
(ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ)

หมายเหตุ

ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจะต้องเขียนโครงการให้ละเอียดเพื่อกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ
พิจารณาว่าเป็นไปตามระเบียบคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดยะลา พ.ศ. ๒๕๖๖

