เอกสารหมายเลข ๒ สถานที่ตั้งศูนย์

**ตัวอย่าง**

**ที่ทำการ หรือสถานที่ติดต่อเพื่ออำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงาน**

ระบุชื่อศูนย์...............................ตั้งอยู่ในพื้นที่เขต อบต./เทศบาล.................. อำเภอ...................... จังหวัด.............................

เวลาทำการ...................................................................... หมายเลขโทรศัพท์ ...................................................................

1. แสดงภาพถ่ายที่ทำการ หรือ สถานที่ติดต่อพร้อมป้ายแสดงชื่อศูนย์
2. หนังสือรับรองจากผู้มีอำนาจหรือเจ้าของ ที่อนุญาตให้ใช้สถานที่เป็นที่ทำการศูนย์

ลงชื่อ.......................................................

(...........................................................)

ตำแหน่ง ผู้มีอำนาจหรือเจ้าของสถานที่ทำการศูนย์

วันที่........ เดือน..................... พ.ศ. ................

1. แสดงแผนที่ทำการศูนย์

เอกสารหมายเลข ๓ ทะเบียนรายชื่อ CM หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ของหน่วยบริการ หรือ อปท. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG)ที่มาช่วยปฏิบัติงานที่ศูนย์

ทะเบียนรายชื่อ CM หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของหน่วยบริการ หรือ อปท. ที่มาช่วยปฏิบัติงานและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | ชื่อ – สกุล | หน่วยงานต้นสังกัด | ตำแหน่ง |
| 1 | นางสุกัญญา จันทร์ประเสริฐ | รพ.สต.ป่าซางเหนือ | พยาบาลวิชาชีพ (CM) |
| 2 | น.ส.ณัฐพร ใจอิ่นแก้ว | รพ.สต.ตำบลป่าซาง | พยาบาลวิชาชีพ (CM) |
| 3 | นางวลาภรณ์ อินต๊ะเทพ | รพ.สต.ป่าซางเหนือ | ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) |
| 4 | นางวาสนา นันทะเสน | รพ.สต.ป่าซางเหนือ | ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) |
| 5 | น.ส.กมลวรรณ วงค์เขียว | รพ.สต.ตำบลป่าซาง | ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) |
| 6 | นางศรีนวล จันทร์หนิ้ว | รพ.สต.ตำบลป่าซาง | ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) |
| 7 | นางอรวรรณ ต๊ะยะ | รพ.สต.ตำบลป่าซาง | ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) |
| 8 | นางฑิตฐิตา สิริทุมมากุล | อบต.ป่าซาง | นักพัฒนาชุมชน |
| 9 | น.ส.อรวรรณ บัวหลวง | อบต.ป่าซาง | เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน |
| 10 | น.ส.รัชฎา บุญสม | อบต.ป่าซาง | ผู้ช่วย จนท.การเงินและบัญชี |

หมายเหตุ แนบสำเนาใบประกาศ / หลักฐานแสดงการผ่านการอบรบของ CM หรือสำเนาใบประกาศ / หลักฐานที่แสดงว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของหน่วยบริการ หรือ อปท. มีความรู้ในการจัดทำแผนการดูแล( โดยลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

ลงชื่อ...........................................

(นายบุญช่วย นันทะเสน)

ตำแหน่งประธานศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลป่าซาง

วันที่..... เดือน....................... พ.ศ. ...............

เอกสารหมายเลข ๔ ทะเบียนรายชื่อ CG

**ตัวอย่าง**

**ทะเบียน CG**

**ศูนย์ (ระยุชื่อศูนย์)..............................(เทศบาล/อบต.).............................อำเภอ.....................จังหวัด.................**

|  |  |
| --- | --- |
| ลำดับที่ | ชื่อ – สกุล |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

หมายเหตุ แนบสำเนาใบประกาศ / หลักฐานที่ผ่านการอบรม CG โดยลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง

ลงชื่อ.......................................................

(...........................................................)

ตำแหน่งผู้บริหารสูงสุดของศูนย์(ระบุศูนย์...........

วันที่..... เดือน....................... พ.ศ. ...............

เอกสารหมายเลข ๕

แบบข้อเสนอโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ

**แบบฟอร์มข้อเสนอโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง**

**สรุปแผนการดูแลรายบุคคล และค่าบริการเหมาจ่ายตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ**

**ส่วนที่๑** : ข้อเสนอโครงการ

เรียน ประธานคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

องค์การบริหารส่วนตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

ด้วยศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย มีความประสงค์จะจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลป่าซาง โดยขอการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2561 เป็นค่าบริการเหมาจ่าย/คน/ปี จำนวน 9 คน รวมเป็นเงินทั้งสิน จำนวน 59,040 บาท (ห้าหมื่นเก้าพันสี่สิบบาทถ้วน) รายละเอียด มีดังนี้

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| กลุ่มผู้ติดบ้าน | | | | กลุ่มติดเตียง | | | | รวม | |
| กลุ่มที่ ๑  เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน /การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน | | กลุ่มที่ ๒  กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกิน / การขับถ่าย | | กลุ่มที่ ๓  กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน / การขับถ่ายหรือเจ็บป่วยรุนแรง | | กลุ่มที่ ๔  กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต | |
| จำนวน  (คน) | ค่าบริการ  (บาท) | จำนวน  (คน) | ค่าบริการ  (บาท) | จำนวน  (คน) | ค่าบริการ  (บาท) | จำนวน  (คน) | ค่าบริการ  (บาท) | จำนวน  (คน) | ค่าบริการ  (บาท) |
| 4 | 4,000 | 1 | 6,000 | 4 | 8,000 | 0 | 0 | 0 | 0 |

* ค่าวัสดุทางการแพทย์ ที่จำเป็น ตามแผนการดูแล (อาจมีขึ้นระหว่างปีที่ปฏิบัติงาน เนื่องจากมีผู้ป่วยกลุ่มที่ 3 จำนวน 4 คน) จำนวน 5,040 บาท

ระยะเวลาดำเนินการ 1 พ.ค. 2562 – 30 เม.ย. 2563

ทั้งนี้ ได้แนบสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการเหมาจ่าย เพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณาสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวฯ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

ลงชื่อ........................................... ผู้จัดทำข้อเสนอ

(นายบุญช่วย นันทะเสน)

ตำแหน่งประธานศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลป่าซาง

วันที่..... เดือน....................... พ.ศ. ...............

เอกสารหมายเลข ๗ แบบบันทึกผลการพิจารณาโครงการ

คณะอนุกรรมการฯ

**ส่วนที่ ๓** : ผลการพิจารณาโครงการจัดบริการฯ ของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิง

การประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ 1/2562

เมื่อวันที่ 3 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2562 ได้พิจารณาข้อเสนอของศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลป่าซาง องค์การบริหารส่วนตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและค่าบริการเหมาจ่าย/คน/ปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕61 โดยที่ประชุมมีมติดังนี้

**เห็นชอบ** โครงการจัดบริหารดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และค่าบริการเหมาจ่าย/คน/ปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ พ.ศ.๒๕61 และเห็นชอบให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ (ระบุชื่อหน่วยบริการ/สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพฯ) จำนวน 9 คน เป็นเงินทั้งสิ้นจำนวน 59,040 บาท (ห้าหมื่นเก้าพันสี่สิบบาทถ้วน) โดยเป็นเงินจากบัญชีเงินฝาก ดังนี้

บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลป่าซางเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 59,040 บาท

บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลป่าซางจำนวน ......................... บาท *( กรณีงบบริการดูแลระยะยาวฯ เหมาจ่าย ๕,๐๐๐ บาท/คน/ปี ไม่เพียงพอ)* รายละเอียดตามตาราง

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| กลุ่มติดบ้าน | | | | กลุ่มติดเตียง | | | | รวม | |
| กลุ่มที่๑  เคลื่อนได้บ้างมีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน | | กลุ่มที่ ๒  เคลื่อนไหวได้บ้างมีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย | | กลุ่มที่ ๓  กลุ่มเคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน/การขับถ่ายหรือเจ็บป่ายรุนแรง | | กลุ่มที่ ๔  กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต | |
| จำนวน  (คน) | ค่าบริการ  (บาท) | จำนวน  (คน) | ค่าบริการ  (บาท) | จำนวน  (คน) | ค่าบริการ  (บาท) | จำนวน  (คน) | ค่าบริการ  (บาท) | จำนวน  (คน) | ค่าบริการ  (บาท) |
| 4 | 4,000 | 1 | 6,000 | 4 | 8,000 | 0 | 0 | 0 | 0 |

* ค่าวัสดุทางการแพทย์ ที่จำเป็น ตามแผนการดูแล (อาจมีขึ้นระหว่างปีที่ปฏิบัติงาน เนื่องจากมีผู้ป่วยกลุ่มที่ 3 จำนวน 4 คน) จำนวน 5,040 บาท

**ไม่เห็นชอบ**

เนื่องจาก**...............................................................................................................**............

ลงชื่อ............................................................

(นายทักษิน มาลัย)

ประธานคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

องค์การบริหารส่วนตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

วัน............. เดือน ......................... พ.ศ. .................

เอกสารหมายเลข ๘

แบบรายงานผลการพิจารณา โครงการฯของคณะกรรมการกองทุนฯ เพื่ออนุมัติการเบิกจ่าย

**ผลการพิจารณาโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง**

**ของคณะกรรมการกองมทุนฯ เพื่ออนุมัติการเบิกจ่าย**

ตามมติการประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ 1/2562 เมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2562 ได้เห็นชอบโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและค่าบริการเหมาจ่าย/คน/ปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕61 และเห็นชอบให้การ สนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

จำนวน คน เป็นเงินทั้งสิ้นจำนวน 62,000 บาท (หกหมื่นสองพันบาทถ้วน) นั้น

การประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลป่าซาง ครั้งที่ 4/2561 เมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม 2561 มีมติรับทราบและอนุมัติให้เบิกจ่ายเงินจำนวน 62,000 บาท (หกหมื่นสองพันบาทถ้วน) โดยเป็นเงินจากบัญชีเงินฝาก ดังนี้

บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลป่าซาง เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 59,040 บาท

บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลป่าซาง จำนวน ............-............. บาท *( กรณีงบบริการดูแลระยะยาวฯ เหมาจ่าย ๕,๐๐๐ บาท/คน/ปี ไม่เพียงพอ)*

ลงชื่อ....................................................

(นายสมควร นัยติ๊บ)

ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลป่าซาง

วัน............. เดือน ......................... พ.ศ. .................

เอกสารหมายเลข ๙

ส่วนที่ ๑ แบบฟอร์มข้อเสนอคุณลักษณะศูนย์

**ส่วนที่ ๑ แบบฟอร์มข้อเสนอคุณลักษณะของศูนย์ที่จัดตั้งหรือดำเนินการโดยหน่วยงานของรัฐ**

**เพื่อพิจารณาให้เข้าร่วมจัดบริการ และมีสิทธิขอรับการสนับสนุนของค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวฯ**

เรียน ประธานคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ด้วยศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลป่าซาง ตั้งอยู่เลขที่ 138 ถนน - ตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลป่าซาง มีความประสงค์จะจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยได้จัดการทำเอกสารแสดงคุณลักษณะศูนย์เพื่อพิจารณา รายละเอียดตามเอกสารที่แนบดังนี้ (กรุณาทำเครื่องหมาย ∕ ในช่อง )

1. เอกสารแสดงการจัดตั้งหรือดำเนินการ
2. เอกสารแสดงการบริหารจัดการโดยคณะกรรมการ
3. เอกสารที่ทำการหรือสถานที่ติดต่อ

๓.๑ ภาพถ่ายแสดงที่ทำการหรือสถานที่ติดต่อพร้อมป้ายแสดงชื่อศูนย์

๓.๒ หนังสือรับรองจากผู้มีอำนาจหรือเจ้าของ ที่อนุญาตให้ใช้สถานที่เป็นที่ทำการศูนย์

๓.๓ แผนที่แสดงที่ทำการศูนย์

1. เอกสารแสดงการมี CM หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของหน่วยบริการ หรือ อปท. ที่มาช่วยปฏิบัติงานที่ศูนย์

๔.๑ ทะเบียนรายชื่อ CM หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของหน่วยบริการ หรือ อปท. ที่มาช่วยปฏิบัติงานที่ศูนย์

๔.๒ สำเนาใบประกาศ / หลักฐานแสดงการผ่านการอบรมของ CM หรือ สำเนาใบประกาศ/หลักฐานที่แสดงว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของหน่วยงานบริการ หรือ อปท. มีความรู้ในการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล

1. เอกสารแสดงการมี CG ในการให้บริการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล

๕.๑ ทะเบียนรายชื่อ CG

๕.๒ สำเนาใบประกาศ/หลักฐานที่ผ่านการอบรม CG

ลงชื่อ...........................................

(นายบุญช่วย นันทะเสน)

ตำแหน่งประธานศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลป่าซาง

วันที่..... เดือน....................... พ.ศ. ...............

เอกสารหมายเลข ๙

ส่วนที่ ๒ ผลการพิจารณาคุณลักษณะศูนย์

**ส่วนที่ ๒ แบบรายงานผลพิจารณาคุณลักษณะของศูนย์ที่จัดตั้ง หรือดำเนินการโดยหน่วยงานของรัฐ**

**เพื่อพิจารณาให้เข้าร่วมจัดบริการ และมีสิทธิขอรับการสนับสนุนของค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวฯ**

ตามมติการประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงครั้งที่ 1/2561 เมื่อวันที่ 11 เมษายน 2561 ได้พิจารณาคุณลักษณะ ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลป่าซาง ในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การสนับสนุนและส่งเสริมศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังนี้

**เห็นชอบ** คุณลักษณะศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลป่าซางเพื่อให้เข้าร่วมจัดบริการดูแลระยะยาวฯ และมีสิทธิรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวฯ ตามข้อ ๗ /๑ ของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๕๗ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

**เงื่อนไขเพิ่มเติม** กรณีศูนย์มีการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดคุณลักษณะที่นอกเหนือจากที่แสดงครั้งนี้ ให้ศูนย์แสดง เอกสารเอกสารต่อคณะอนุกรรมการ LTC เพื่อพิจารณาต่อไป

**ไม่เห็นชอบ** เนื่องจาก................................................................................................................................

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

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) ...........................................................................................................................

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

ลงชื่อ............................................................

(นายทักษิน มาลัย)

ประธานคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

องค์การบริหารส่วนตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

วัน............. เดือน ......................... พ.ศ. .................

เอกสารหมายเลข ๑๐ ข้อตกลงระหว่าง อปท. กับหน่วยจัดบริการ

**ข้อตกลงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง**

**ระหว่าง**

**องค์การบริหารส่วนตำบลป่าซาง กับ ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ**

----------------------------------------------

ข้อตกลงเลขที่ 1/๒๕62

ข้อตกลงนี้ทำขึ้น ณองค์การบริหารส่วนตำบลป่าซางตั้งอยู่ที่ 138 หมู่ 11 ตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย เมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2562 ระหว่าง องค์การบริหารส่วนตำบลป่าซาง โดย นายสมควร นัยติ๊บ ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” ฝ่ายหนึ่ง กับ ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการโดย นายบุญช่วย นันทะเสน ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “ผู้จัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข” อีกฝ่ายหนึ่ง โดยมีข้อความดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ การดำเนินงาน

ทั้งสองฝ่ายตกลงร่วมกันในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์ในเอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕61

ข้อ ๒ เอกสารภาคผนวกแนบท้ายข้อตกลงต่อไปนี้ ให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของข้อตกลงนี้

๒.๑ ผนวก ๑ สรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการเหมาจ่าย เพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการ ดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวฯ

๒.๒ ผนวก ๒ หลักเกณฑ์/วิธีการ/เงื่อนไข การจ่ายเงินสนับสนุน จำนวน 1 หน้า

๒.๓ ผนวก...............-................ จำนวน ....-..... หน้า

ข้อความใดในเอกสารภาคผนวกแนบท้ายข้อตกลงที่ขัดหรือแย้งกับข้อความในข้อตกลงนี้ ให้ใช้ข้อความในข้อตกลงนี้บังคับและในกรณีที่เอกสารแนบท้ายข้อตกลงขัดหรือแย้งกันเองหรือมิได้กล่าวไว้ ผู้จัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารฯสุขจะต้องปฏิบัติตามคำวินิจฉัยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อ ๓ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตกลงสนับสนุนเงินที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จำนวนทั้งสิ้นไม่เกิน 59,040 บาท (ห้าหมื่นเก้าพันสี่สิบบาทถ้วน) ซึ่งได้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มตลอดจนภาษีอากรอื่นๆ และค่าใช้จ่ายทั้งปวงไว้ด้วยแล้ว รายละเอียดตามเงื่อนไขการจ่ายเงินสนับสนุน ในข้อ ๒.๒ ผนวก ๒ แนบท้ายข้อตกลงนี้

ข้อ ๔ กรณีผู้จัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงทำให้เกิดความล่าช้าหรือความเสียหาย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีสิทธิยกเลิกข้อตกลงและระงับการจ่ายเงินสนับสนุนโดยผู้จัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ยินยอมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเรียกเงินสนับสนุนที่จ่ายไปแล้วคืนทั้งหมดหรือบางส่วนได้

ข้อตกลงนี้ทำขึ้นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน ซึ่งทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยตลอด จนลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ............................................................องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

( นายสมควร นัยติ๊บ)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลป่าซาง

ลงชื่อ............................................................ผู้จัดบริการดูแลระยะยาว

(นายบุญช่วย นันทะเสน) ด้านสาธารณสุข

ประธานศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ

ลงชื่อ............................................................พยาน

(นายทักษิน มาลัย)

ประธานคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ลงชื่อ............................................................พยาน

(นางนิรมล พรสืบ)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลป่าซาง

ลงชื่อ............................................................พยาน

(นายศิริ บุญศิริ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าซาง

ลงชื่อ............................................................พยาน

(นายนิกร จันทาพูน)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าซางเหนือ

**(ผนวก๒)**

**เงื่อนไขการจ่ายเงินสนับสนุนเพื่อจัดการดูแลระยะยาวฯ**

**เอกสารนี้เป็นส่วนหนึ่งของข้อตกลงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ ระหว่าง**

**องค์การบริหารส่วนตำบลป่าซาง กับ ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ**

ลงวันที่ 6 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2562

----------------------------------------------

องค์การบริหารส่วนตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ตกลงสนับสนุนเงินให้แก่ ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ ซึ่งเป็นผู้ดำเนินงานตามข้อตกลงฯ จำนวนเงินทั้งสิ้นไม่เกิน 59,040 บาท (ห้าหมื่นเก้าพันสี่สิบบาทถ้วน) ซึ่งได้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มตลอดจนภาษีอากรอื่นๆ และค่าใช้จ่ายทั้งปวงไว้ด้วยแล้ว โดยกำหนดจ่ายเงินเป็น 1 งวด ดังนี้

**(กรณี ๑) จ่ายเงินงวดเดียว**

จ่ายงวดเดียว ๑๐๐ % ของเงินสนับสนุนทั้งหมด เป็นเงิน 59,040 บาท (ห้าหมื่นเก้าพันสี่สิบบาทถ้วน) โดยจ่ายให้หลังลงนามในนิติกรรมทั้งสองฝ่าย

ทั้งนี้ ผู้จัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ต้องส่งรายงานความก้าวหน้าการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทุก 3 เดือน/ทุกไตรมาส และส่งรายงานสรุปผลการจัดบริการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาดำเนินการตามโครงการ โดยใช้แบบการรายงาน ดังนี้

รายงานผลการให้จัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ของ ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ ตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ผู้สูงอายุ ชื่อ – สกุล** | **บ้านเลขที่** | **CG เยี่ยม**  **(ครั้ง)** | **CM เยี่ยม**  **(ครั้ง)** | **ทีมสหสาขาวิชาชีพเยี่ยม**  **(ครั้ง)** | **รวมทั้งหมด**  **(ครั้ง)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ประเมินผลการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง** | **จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (คน)** | | **จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง**  **(คน)** | | **รวม**  **(คน)** |
| **กลุ่ม ๑** | **กลุ่ม ๒** | **กลุ่มที่ ๓** | **กลุ่มที่ ๔** |
| ก่อนได้รับบริการ |  |  |  |  |  |
| หลังได้รับบริการตามแผนการดูแลรายบุคคล  ( Care plan) |  |  |  |  |  |
| \*กรณีย้ายออกจากพื้นที่/เสียชีวิต/สูญหายระหว่างการดูแล |  |  |  |  |  |

ที่ศูนย์ /002 ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ

ตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

วันที่ 11 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561

เรื่อง ขอสนับสนุนการดำเนินงานจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของศูนย์

พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

เรียน ผอ.รพ.สต.ป่าซางเหนือ/ผอ.รพ.สต.ป่าซาง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบฟอร์มสนับสนุนดำเนินงานจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลป่าซาง

ตามทีรัฐบาลให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลป่าซาง จึงได้ดำเนินงานจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพที่ชุมชนอย่างต่อเนื่องตามสิทธิประโยชน์ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และอยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี นั้น

เพื่อให้ให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ในการนี้ ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลป่าซาง จึงขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานท่าน ดังนี้

๑. ขอสนับสนุน / อนุมัติเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมเป็น CM หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความรู้ ในการจัดการทำแผนการดูแลรายบุคคล (care plan ) จำนวน 1 คน ไปช่วยปฏิบัติงานที่ศูนย์ โดยถือว่าเป็นการปฏิบัติราชการในพื้นที่ ทั้งนี้หากเป็นการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ศูนย์จะเป็นผู้รับผิดชอบเบิกจ่ายค่าตอบแทนให้

๒. ขอรับการสนับสนุน care plan ของผู้สูงอายที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์ โดยศูนย์จะดำเนินการจัดทำข้อเสนอโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ เรื่อง กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒ ) พ.ศ. ๒๕๕๙ ต่อคณะอนุกรรมการ LTC เพื่อพิจารณาเห็นชอบสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการดูแลระยะยาวฯให้กับผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายต่อไป

๓. ขอรับการสนับสนุนการจัดบริการตาม care plan จากทีมหมอครอบครัวของหน่วยงานท่านเพื่อร่วมจัดบริการให้กลุ่มเป้าหมายให้ได้รับการดูแลตามสิทธิประโยชน์ตามความเหมาะสม

ทั้งนี้ โปรดแจ้งกลับผลการสนับสนุนตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ เพื่อศูนย์จะได้ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาสนับสนุนการดำเนินงานดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ...........................................

(นายบุญช่วย นันทะเสน)

ตำแหน่งประธานศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลป่าซาง

**แบบตอบรับการสนับสนุนการดำเนินงานบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข**

**สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลป่าซาง**

ระบุชื่อ (รพ............... / อปท..............) ยินดีสนับสนุนการดำเนินงานบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของศูนย์(ระบุชื่อศูนย์).............................. อำเภอ...............................จังหวัด..........................

โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. อนุมัติให้บุคลากร ระบุชื่อ(รพ............... / อปท..............) ไปช่วยปฏิบัติราชการ ณ (ระบุชื่อศูนย์...............)

ดังรายชื่อต่อไปนี้

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | ชื่อ – สกุล | ตำแหน่ง (ระบุCM/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

ทั้งนี้ ขอให้ศูนย์ประสานหารือรายละเอียดวัน เวลาปฏิบัติงานกับ (รพ............... / อปท..............) อีกครั้ง

๒. ระบุชื่อ (รพ............... / อปท..............) ยินดีสนับสนุนแผนการดูแลรายบุคคล (care plan ) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน.........รายตามเอกสารที่ได้แนบมาพร้อมนี้ ให้กับศูนย์(ระบุชื่อศูนย์)............ดำเนินการจัดทำการข้อเสนอโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ และค่าบริการเหมาจ่ายต่อรายต่อปีตราสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ เรื่อ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่๒) พ.ศ.๒๕๕๙ ต่อคณะอนุกรรมการ LTC เพื่อพิจารณาเห็นชอบสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการดูแลระยะยาวฯให้กับผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย

๓. ระบุชื่อ(รพ............... / อปท..............) ยินดีสนับสนุนทีมสหวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของหน่วยงานจัดบริการตาม care plan เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวได้รับการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์ต่อไป

ลงชื่อ............................................................ผู้อนุมัติ

(...........................................................................)

ตำแหน่ง ผู้บริหารสูงสุดของหน่วยบริการ / ผู้บริหารสูงสุดของ อปท.

วัน............. เดือน ......................... พ.ศ. .................

เอกสารหมายเลข ๑๕ ใบสำคัญรับเงิน CM

เลขที่.....................

ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลป่าซาง

อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

**ใบสำคัญรับเงิน**

วันที่.........เดือน..................................พ.ศ. ...................

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ...........................................................อยู่บ้านเลขที่ ................. หมู่........... ตำบล..............................

อำเภอ...................................... จังหวัด...................................................

ได้รับเงินจากศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลป่าซาง ดังรายการดังนี้

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | รายการ | จำนวนเงิน | |
| บาท | สต. |
| ๑ | ค่าตอบแทน การปฏิบัตินอกเวลาราชการของ CM / เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความรู้ในการจัดทำ CP ของหน่วยบริการ หรือ อปท. ที่มาช่วยปฏิบัติงาน ณ ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลป่าซาง ประจำเดือน ............................... พ.ศ. ........................ |  |  |
| รวมเงิน | |  |  |

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) ....................................................................... บาทถ้วน

ลงชื่อ...............................................ผู้รับเงิน

(.......................................................)

ลงชื่อ.............................................ผู้จ่ายเงิน

(นายบุญช่วย นันทะเสน)

ประธานศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ

ลงชื่อ...............................................พยาน

(.......................................................)

คณะกรรมการศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ

ลงชื่อ...............................................พยาน

(.......................................................)

คณะกรรมการศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ

เอกสารหมายเลข ๑๘ ใบสำคัญรับเงิน CG

เลขที่.....................

ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลป่าซาง

อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

**ใบสำคัญรับเงิน**

วันที่....... เดือน....................... พ.ศ. ...................

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ...........................................................อยู่บ้านเลขที่ ................. หมู่........... ตำบล..............................

อำเภอ...................................... จังหวัด...................................................

ได้รับเงินจากศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลป่าซาง ดังรายการดังนี้

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | รายการ | จำนวนเงิน | |
| บาท | สต. |
| ๑ | ค่าจ้างเหมาผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ตามแผนการดูแลรายบุคคล ประจำเดือน.............………….. พ.ศ. ................... |  |  |
| รวมเงิน | |  |  |

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) ....................................................................... บาทถ้วน

ลงชื่อ...............................................ผู้รับเงิน

(.......................................................)

ลงชื่อ.............................................ผู้จ่ายเงิน

(นายบุญช่วย นันทะเสน)

ประธานศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ

ลงชื่อ...............................................พยาน

(.......................................................)

คณะกรรมการศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ

ลงชื่อ...............................................พยาน

(.......................................................)

คณะกรรมการศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ

เอกสารหมายเลข ๒๐ รายงานผลการดำเนินงาน

รายงานผลการให้จัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลป่าซาง

องค์การบริหารส่วนตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **ผู้สูงอายุ ชื่อ – สกุล** | **บ้านเลขที่** | **หมู่** | **CG เยี่ยม**  **(ครั้ง)** | **CM เยี่ยม**  **(ครั้ง)** | **ทีมสหสาขาวิชาชีพเยี่ยม(ครั้ง)** | **รวมทั้งหมด**  **(ครั้ง)** |
| 1 | นางศรีนวล ปันเตจ๊ะ | 106 | 1 |  |  |  |  |
| 2 | นายวีระ สมใจ | 101 | 5 | 11 |  |  |  |
| 3 | นายอินแหลง ยวงปิน | 8 | 7 |  |  |  |  |
| 4 | นางแสง จอมสวรรค์ | 70 | 6 | 8 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | นางวัน วังปัญญา | 56 | 14 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | นางปี้ ผัดแก้ว | 19 | 12 |  |  |  |  |
| 10 | นายตา เจริญพันธ์ | 136 | 3 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | นายวิสุทธิ์ หงษ์ปาน | 47 | 12 |  |  |  |  |
| 13 | นางป้อง สินใจ | 136 | 9 |  |  |  |  |
| 14 | นางไข ศรีพรม | 79 | 12 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ประเมินผลการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง** | **จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (คน)** | | **จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง**  **(คน)** | | **รวม**  **(คน)** |
| **กลุ่ม ๑** | **กลุ่ม ๒** | **กลุ่มที่ ๓** | **กลุ่มที่ ๔** |
| ก่อนได้รับบริการ |  |  |  |  |  |
| หลังได้รับบริการตามแผนการดูแลรายบุคคล  ( Care plan) |  |  |  |  |  |
| \*กรณีย้ายออกจากพื้นที่/เสียชีวิต/สูญหายระหว่างการดูแล |  |  |  |  |  |

ลงชื่อ...........................................

(นายบุญช่วย นันทะเสน)

ตำแหน่งประธานศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลป่าซาง

วันที่..... เดือน....................... พ.ศ. ...............

**สรุปรายรับ – รายจ่าย**

**งบเพื่อการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง**

**ของ**ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

**ตั้งแต่วันที่........เดือน.............................พ.ศ................... ถึงวันที่.......... เดือน............................ พ.ศ. ..................**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ว/ด/ป** | **รายการ** | **รายรับ (บาท)** | **รายจ่าย (บาท)** | **เงินคงเหลือ (บาท)** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |
| รวม | |  |  |  |  |

หมายเหตุ ระยะเวลา ๑ ปี ให้นับจากวันที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณทั้งนี้ ไห้แสดงหลักฐานการเบิก – จ่าย ด้วย

ลงชื่อ........................................................ผู้จัดทำบัญชี

(น.ส.สุกัญญา จันทร์ประเสริฐ)

เหรัญญิกศูนย์

วันที่............. เดือน.................... พ.ศ. .............

ลงชื่อ.....................................................ผู้รับรองบัญชี

(นายบุญช่วย นันทะเสน)

ประธานศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลป่าซาง

วันที่........... เดือน....................... พ.ศ. ..............

**สรุปรายรับ – รายจ่าย**

**การจัดบริการ**

**ดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง**

**ของ**

ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ

ตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย