

ขอสงวนสิทธิ์  
[Signature]

# ด่วนที่สุด

ที่ รย ๐๐๒๓.๘/ว ๑๗/๕๗



เทศบาลตำบลเขาชะเมา
เลขรับ ๐๑๖
วันที่ 12 ต.ค. ๖๑
เวลา 13.0๗

ที่ว่าการอำเภอเขาชะเมา  
ถนนเขาดิน-สี่แยกพัฒนา  
รย ๒๑๑๑๐

๑๑ ตุลาคม ๒๕๖๑

เรื่อง โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแนวทางประชารัฐ

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลเขาชะเมา นายกองค้การบริหารส่วนตำบลเขาชะเมา นำเป็น และเขาน้อย

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือจังหวัดระยอง ด่วนที่สุด ที่ รย ๐๐๒๓.๓/ว ๔๕๖๑ ลงวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑

พร้อมนี้อำเภอเขาชะเมาขอส่งสำเนาหนังสือจังหวัดระยอง ด่วนที่สุด ที่ รย ๐๐๒๓.๓/ว ๔๕๖๑ ลงวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ เรื่อง โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแนวทางประชารัฐ ทั้งนี้ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รายงานผลการดำเนินการสำรวจข้อมูลพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแนวทางประชารัฐให้ครอบคลุมในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งให้อำเภอเขาชะเมา ทราบ ภายในวันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๑ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาพร้อมนี้ และสามารถดาวน์โหลดได้ทาง [www.rayonglocal.go.th](http://www.rayonglocal.go.th)

จึงเรียนมาเพื่อทราบและถือปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

[Signature]

(นายณัฐพงศ์ สุขวิสิฏฐ์)

นายอำเภอเขาชะเมา

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอ

โทร. ๐-๓๘๘๘-๖๐๘๘/๐๖๓-๒๐๖๒๑๑

# ด่วนที่สุด

ที่ รย ๐๐๒๓.๓/ว ๕๕๖๑



จังหวัดจันทบุรี  
ม.๒๐  
๓๐ ก.ค. ๕๖

ศาลากลางจังหวัดระยอง  
ถนนสุขุมวิท รย ๒๑๑๕๐

๑ ตุลาคม ๒๕๖๑

เรื่อง โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแนวทางพระราชรัฐ

เรียน นายอำเภอทุกอำเภอ นายองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง นายกเทศมนตรีนครระยอง  
นายกเทศมนตรีเมืองมาบตาพุด และนายกเทศมนตรีเมืองบ้านฉาง

อ้างถึง หนังสือจังหวัดระยองด่วนที่สุด ที่ รย ๐๐๒๓.๓/ว ๓๑๐ ลงวันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๖๑

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบสำรวจฯ (แบบ ๑) และ (แบบ ๒) จำนวน ๒ แผ่น  
๒. แนวทางการช่วยเหลือกองทุนฟื้นฟูฯ จำนวน ๒ ชุด

ตามที่จังหวัดระยอง แจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรายงานผลการดำเนินการช่วยเหลือผู้พิการที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยได้คัดเลือกเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลที่มีผลการดำเนินการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดดเด่นหรือดำเนินการที่เห็นผลเป็นรูปธรรม แล้วรายงานให้จังหวัดระยองทราบ โดยจังหวัดระยองได้รายงานผลการดำเนินการส่งให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นทราบแล้ว นั้น

ปัจจุบันการให้ความช่วยเหลือผู้พิการที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่จังหวัดระยองที่ได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลอาจไม่ทั่วถึง ประกอบกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๖ จังหวัดระยอง ได้สรุปแนวทางการช่วยเหลือ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. ๒๕๕๔ และฉบับที่ ๒ และ พ.ศ. ๒๕๕๕ รวมทั้งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้กับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในคราวประชุมผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดระยอง เมื่อวันที่ ๑๘ กันยายน ๒๕๖๑ แล้ว สรุปได้ ดังนี้

๑. ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ
๒. สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของหน่วยบริการ
๓. สนับสนุนการพัฒนารูปแบบการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุนและฟื้นฟูสมรรถภาพ
๔. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งขององค์กรคนพิการ และองค์กรผู้สูงอายุและองค์กรอื่นๆ

๕. สนับสนุนให้ได้รับบริการขั้นพื้นฐานให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ

๖. สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีประสิทธิภาพ

ดังนั้น เพื่อให้การบริการและสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้พิการให้เข้าถึงสิทธิการช่วยเหลืออย่างทั่วถึง จึงขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ ดังนี้

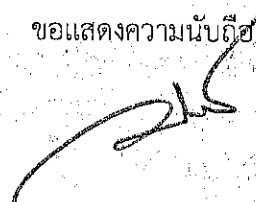
- ๑) สำรวจข้อมูลการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแนวทางพระราชรัฐให้ครอบคลุมในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๒) ให้นำรายงานผลการดำเนินการสำรวจฯ (ตาม ข้อ ๑)) ส่งให้จังหวัดระยอง ทราบ ภายในวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๑

ทั้งนี้ เมื่อจังหวัดระยองได้รับข้อมูลที่สมบูรณ์จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้วจะรวบรวมสรุปเพื่อหาแนวทางการให้ความช่วยเหลือ พร้อมส่งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๖ จังหวัดระยอง องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง กษัตริย์จังหวัดระยอง และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อนึ่ง ขอความร่วมมือผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งให้ความสำคัญในการดำเนินการดังกล่าวด้วย และหากมีข้อสงสัย การช่วยเหลือจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สามารถประสานการปฏิบัติไปยัง สปสช. เขต ๖ ระยอง ได้ทางหมายเลขโทรศัพท์ ๐๓๘-๘๖๔๓๑๓ หรือ นายพงเวช ขำแสง หมายเลขโทรศัพท์ ๐๖๑-๔๒๐๙๖๓๙ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย และสามารถดาวน์โหลดเอกสารได้ทาง [www.rayonglocal.go.th](http://www.rayonglocal.go.th)

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป สำหรับอำเภอให้สนับสนุน ส่งเสริม แนะนำ และ แฉ่งเทศบาลตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ดำเนินการเช่นกัน

ขอแสดงความนับถือ



(นายธีรวัฒน์ สุดสุข)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดระยอง ปฏิบัติราชการแทน  
ผู้ว่าราชการจังหวัดระยอง

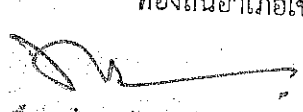
15/10/2018

- เพื่อโปรดทราบ  
- เพื่อดำเนินการ

- ดง พาน แก้ว  
ผู้ช่วย  
(นายณัฐพงศ์ สุทธิรักษ์)  
นายอำเภอเขาชะเมา

ทุกเขตเห็นชอบต่อไป  
แล้วรายงานต่อไป  
ทราบตามแผนฯ ภายใน  
กำหนดต่อไป

(นายพิสิษฐ์ ทองเชื้อ)  
ท้องถิ่นอำเภอเขาชะเมา



(นายพิริชศักดิ์ สนั่นเครื่อง)  
ปลัดอำเภอ

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด  
กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น  
โทร. ๐ ๓๘๖๙ ๔๑๙๑-๒ ต่อ ๑๗-๑๘

แบบสำรวจข้อมูลการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแนวทางพระราชบัญญัติ

จังหวัดระยอง เทศบาล/อบต.....

(แบบ ๑)

ที่	ชื่อ อบท.	จำนวนคนพิการทั้งหมด (คน)	จำนวนผู้พิการที่พมจ. ออกรับรอง (คน)	จำนวนคนพิการ		จำนวนคนพิการที่เข้าถึงการรับสิทธิจากรัฐ (๑) (ระบุชื่อหน่วยงานที่จะให้ช่วยเหลือในรูปแบบ ๒)	อื่น ๆ	หมายเหตุ
				ที่ได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการ (คน) (จาก เทศบาล/อบต.)	ยังไม่ได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการ (คน) (ระบบเหตุผลที่ยังไม่ได้รับ) (จากเทศบาล/อบต.)			
รวม								

หมายเหตุ ๑. ให้รายงานสรุปผลการดำเนินการ ให้ถึงหัวหน้าตระกูลของทราบ ภายในวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๑ โดยให้รายงานก่อนทาง e-mail : songserm\_rayom@gmail.com

หรือโทรสารหมายเลข ๐๓๘ - ๖๕๕๔๑๙๑-๒ ต่อ ๑๓๓,๑๓

๒. ใช้ข้อมูลการสำรวจ ณ วันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๖๑

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(.....)

ตำแหน่ง นายก/ปลัด อบท. ....

**แบบสำรวจข้อมูลพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการที่มีความพิการทางสติปัญญา (ที่ยังไม่ได้รับสิทธิสวัสดิการจากรัฐ (ใช้ข้อมูลจาก (๑.๒) ของแบบ ๑)**

เทศบาล/อบต.....

(แบบ ๒)

ที่	ชื่อตัว-ชื่อสกุล	หมายเลขประจำตัวประชาชน	อายุ (ปี)	อยู่บ้านเลขที่ (ตามทะเบียนราษฎรในพื้นที่จังหวัดระยอง)			สาเหตุความพิการ (ระบุ) ตามที่ พ.ร.บ. กู้ทดฯ/อื่น ๆ	แนวทาง/วิธีที่จะให้ความช่วยเหลือ (ระบุ)	อื่น (ระบุ)	หมายเหตุ
				หมู่/ชุมชน	ตำบล	อำเภอ				
	<b>รวม</b>									

หมายเหตุ ๑. ใ้รายงานแบบสำรวจฯ (แบบ ๒) ให้จังหวัดระยองทราบ ภายในวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๑ โดยให้รายงานก่อนทาง e-mail : songserm\_ayom@gmail.com

หรือโทรสารหมายเลข ๐๓๘ - ๖๘๕๑๙๑-๒ ต่อ ๑๓๑๗

๒. ขอความร่วมมือระบุชื่อ-สกุล/อายุ/ที่อยู่อาศัย (เฉพาะที่อยู่อาศัยในพื้นที่ จ. ระยอง)

๓. นำจำนวนข้อมูล (ตามแบบ ๑ เฉพาะรายการ (๑,๒)) ที่ยังไม่ได้รับสิทธิจากรัฐ เช่น พ.๓๕, ที่อยู่อาศัย, กายอุปกรณ์, อุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นต้น)

๔. พ.๓๕ (สปสช.) หมายถึง

- คนพิการที่ได้รับการจดทะเบียน ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

- คนพิการที่ไม่ได้รับการจดทะเบียน ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

- คนพิการที่ไม่ได้รับการจดทะเบียนเป็น พ.๓๕๔ จะต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยและออกใบรับรองความพิการที่ระบุประเภทความพิการจากแพทย์/ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมก่อน หรือแสดง บัตรคนพิการตาม พ.ร.บ.ส่งเสริมฯ เพื่อประกอบการลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๕. ขอให้ อปท. รายงานข้อมูลเป็นไฟล์ Excel เท่านั้น โดยให้ส่งมาให้จังหวัดระยองก่อน ตามกำหนด ข้อ ๑

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(.....)

ตำแหน่ง นายก/ปลัด อปท. ....

**หลักเกณฑ์การของบประมาณกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง  
เพื่อดำเนินโครงการปรับปรุง / ซ่อมแซม / ที่อยู่อาศัยของคนพิการ มีดังนี้**

๑. โครงการปรับปรุง ซ่อมแซมที่อยู่อาศัยเฉพาะที่ เช่น ทำห้องน้ำ ทางลาด ราวจับ ให้เป็นไปตาม  
ประมาณ การของช่างเทศบาลหรือ อบต. อย่างละไม่เกิน ๓๐,๐๐๐ บาท รวมวงเงินไม่เกิน ๙๐,๐๐๐ บาท
๒. กรณีเกิน ๕๐,๐๐๐ บาท/ต่อราย คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ จะพิจารณาตามความเหมาะสมเป็นรายบุคคล  
**กลุ่มเป้าหมาย**

- ๑.๑ คนพิการ
- ๑.๒ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ๑.๓ ผู้ที่อยู่ในระยะการฟื้นฟูสมรรถภาพ

**เงื่อนไข มีดังนี้**

๑. การของบประมาณโครงการเพื่อปรับปรุง ซ่อมแซมที่อยู่อาศัย
  - ๑ ต้องมีบัตรประจำตัวประชาชนและ/หรือบัตรประจำตัวคนพิการ
  - ๒ จะต้องเป็นผู้ที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดระยอง
  - ๓ ผู้ที่เสนอโครงการจะต้องเป็นผู้ที่มีฐานะยากจน โดยคณะกรรมการจะเป็นผู้พิจารณาในการคัดเลือก
  - ๔ ที่อยู่อาศัยในการปรับปรุงจะต้องเหมาะสมกับสภาพของสภาพพิการหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
  - ๕ ไม่ได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐอื่นหรือได้รับแต่ไม่เพียงพอ
  - ๖ กรณีไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัยแห่งนั้นต้องมีหลักฐานการให้ความยินยอมจากเจ้าของหรือผู้ได้รับ  
อำนาจจากเจ้าของกรรมสิทธิ์
  - ๗ ต้องได้รับการรับรองจากผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น นายกองค์การบริหารส่วน  
ตำบล หรือนายกเทศมนตรี ของพื้นที่นั้น ๆ / ผู้นำท้องถิ่น / ผู้ใหญ่บ้านประธานชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์/  
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้รับรองคุณสมบัติของผู้ขอรับงบประมาณ

**ขั้นตอนการขอรับงบประมาณ เพื่อซ่อมแซม ปรับปรุงที่อยู่อาศัย มีดังนี้**

๑. ให้ไปยื่นคำขอการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้แก่ เทศบาล อบต.
๒. เทศบาลหรืออบต. ที่ได้รับคำขอจะต้องดำเนินการตรวจสอบและรับรองคุณสมบัติ ตามหลักเกณฑ์  
และเงื่อนไขการขอรับงบประมาณกองทุนฯ ตามแบบรายงานการสอบสภาพครอบครัวที่สมควรได้รับปรับสภาพที่อยู่อาศัย
๓. เทศบาลหรืออบต. รวบรวมรายชื่อ และข้อมูลรายละเอียดของผู้ที่ประสงค์ขอรับงบประมาณ  
ในพื้นที่พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน/สำเนาบัตรผู้พิการ ภาพถ่ายที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน และแบบรายงาน  
การสอบสภาพครอบครัวฯส่งมาที่กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง ได้ตั้งแต่วันจันทร์  
- วันศุกร์ ในเวลาราชการ โทร.๐๙๕-๘๑๘๐๗๒๐ ๐๓๘๖๑๗๔๓๐ ต่อ ๖๐๒

**หมายเหตุ** เทศบาล/อบต. สามารถเสนอโครงการขอรับงบประมาณซ่อมแซม/ปรับปรุงที่อยู่อาศัยฯ  
จากกองทุนฟื้นฟูฯ ได้ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม - ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๑



สำหรับผู้เขียน

คำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย  
กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง

๑. ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....  
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....เลขที่บัตรประจำตัวคนพิการ.....  
ประเภทความพิการ.....อายุ.....ปี อาชีพ.....  
รายได้.....บาท/เดือน หรือ.....บาท/ปี

๒. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....

๓. สมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	อายุ	อาชีพ	การศึกษา	สถานะสุขภาพ	รายได้(บ/ด)	ความสัมพันธ์กับ คนพิการ

๔. ลักษณะที่อยู่อาศัยปัจจุบัน

ของตนเอง

อาศัยผู้อื่นอยู่ ระบุ.....

๕. สภาพที่อยู่อาศัย

๖. สิ่งที่ต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง บ้านที่อยู่อาศัย

พื้นบ้าน/ หลังคา / บันได / ห้องน้ำ /ห้องสุขา ระบาย / ขานบ้าน

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

อื่น ๆ (ระบุ).....

๗. ลักษณะการครอบครองที่ดิน  ที่ดินของตนเอง

ที่ดินเช่าจาก (ระบุ).....

อื่น ๆ (ระบุ).....

๘. ความคิดเห็นเจ้าหน้าที่เทศบาล หรือ องค์การบริหารส่วนตำบล

เห็นควรให้ความช่วยเหลือ.....

เห็นควรให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เนื่องจาก.....

๙. ความคิดเห็นบุคลากรทางการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

เห็นควรให้ความช่วยเหลือ.....

เห็นควรให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เนื่องจาก.....

ผู้ขอรับการสนับสนุน.....

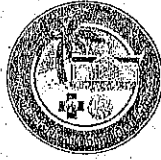
(.....)

วันที่ .....

ผู้สอบข้อเท็จจริง.....

(.....)

วันที่ .....



สำหรับเจ้าหน้าที่เทศบาล  
หรือ อบต. กรอกข้อมูล

แบบรายงานการสอบสภาพครอบครัวคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่อยู่ในระยะฟื้นฟู  
ที่สมควรได้รับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย  
กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล.....

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

๒. เพศ  ชาย  หญิง

๓. อายุ .....ปี

๔. สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า  แยกกันอยู่

๕. คู่สมรส เป็นคนพิการหรือไม่  
 ไม่เป็น  เป็น โปรดระบุประเภทความพิการ.....

๖. จำนวนบุตร

ไม่มี  มีบุตร จำนวน.....คน เป็นชาย.....คน หญิง.....คน

๗. สมาชิกในครอบครัวที่พักอาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบัน (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

อยู่คนเดียว  คู่สมรส  ลูก/หลาน  ญาติ

๘. ประเภทของความพิการ

- ความพิการทางการเห็น ลักษณะความพิการ (ระบุ).....
- ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ลักษณะความพิการ (ระบุ).....
- ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ลักษณะความพิการ (ระบุ).....
- ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
- ความพิการทางสติปัญญา
- ความพิการทางความพิการทางการเรียนรู้
- ความพิการทางอหิสติก
- อื่นๆ

๙. ลักษณะสุขภาพโดยรวม

- แข็งแรงมากช่วยเหลือตัวเองได้
- ไม่ค่อยแข็งแรงต้องการการดูแลบ้าง
- ไม่ค่อยแข็งแรงต้องการดูแลเป็นส่วนใหญ่
- อ่อนแอต้องการการดูแลตลอดเวลา



๑๐. ปัจจุบันประกอบอาชีพหรือไม่

- ไม่ได้ประกอบอาชีพ  
 ประกอบอาชีพ

๑๑. กรณีประกอบอาชีพประกอบอาชีพใด (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ขายสลากกินแบ่งรัฐบาล  นวดแผนโบราณ  พยากรณ์ชะตาชีวิต  
 เล่นดนตรี  พนักงานสลับสายโทรศัพท์  เกษตรกรรม  
 หัตถกรรม  ครู/อาจารย์  ข้าราชการหรือลูกจ้างหน่วยราชการ  
 รับจ้างทั่วไป  พนักงานหรือลูกจ้างหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ  เกษียณอายุแล้ว  
 พนักงานหรือลูกจ้างบริษัทห้างร้านหรือองค์กรเอกชน  
 อื่นๆ โปรดระบุ.....

๑๒. รายได้มาจากไหน (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ไม่มีรายได้  
 เบี้ยยังชีพคนพิการเดือนละ.....บาท  
 เงินบำนาญ เดือนละ.....บาท  
 ลูก/หลาน/บิดา/มารดา/ญาติให้ เดือนละ.....บาท  
 การทำงาน เดือนละ.....บาท  
 คู่สมรสเดือนละ.....บาท

๑๓. รายจ่ายต่อเดือน (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ไม่มีรายจ่าย  
 ค่าใช้จ่ายสำหรับที่อยู่อาศัย (ค่าน้ำ ค่าไฟฟ้า ค่าเช่าบ้าน) เดือนละ.....บาท  
 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ค่ายา เวชภัณฑ์) เดือนละ.....บาท  
 ค่าใช้จ่ายทั่วไปและอาหาร เดือนละ.....บาท  
 ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ (ระบุ).....

๑๔. ผู้ดูแล (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- คู่สมรส  บุตร/หลาน  ญาติพี่น้อง  ว่าจ้างผู้ดูแล  
 เพื่อน/เพื่อนบ้าน  อปกร.  อื่นๆ (ระบุ).....

๑๕. ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย หรือไม่

- ไม่ใช่  
 ใช้อุปกรณ์ คือ  
 ไม้เท้าขาว  แขน ขาเทียม  รถเข็น  รถสามล้อโยก  
 Walker  สเลต (อุปกรณ์ในการเขียนอักษรเบรลล์)  เครื่องช่วยฟัง  
 หมุดไม้ (สำหรับสัมผัสจุดซึ่งเป็นลักษณะของอักษรเบรลล์)  อื่นๆ (ระบุ).....

ตอนที่ ๒ ข้อมูลการอยู่อาศัย

๑๖. ลักษณะของที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน

- บ้านเดี่ยว                       บ้านไม้ยกพื้น                       บ้านสองชั้น/ครึ่งตึกครึ่งไม้
- ทาวน์เฮ้าส์                       ตึกแถว                       ห้องแถว                       อื่นๆ (ระบุ).....

๑๗. ผู้รองรับงบประมาณอาศัย ณ ที่อยู่ปัจจุบันมาเป็นระยะเวลา.....ปี

๑๘. ลักษณะการครอบครองที่อยู่อาศัย

- เป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์เอง                       เช่าระยะยาว (เช่า).....ปี
- เช่ารายเดือน เดือนละ.....บาท โดยมีผู้เสียค่าเช่าคือ
  - จ่ายเอง                       คู่สมรส                       บุตร/หลาน                       บิดา/มารดา
  - ญาติ                       นายจ้าง                       อื่นๆ (ระบุ).....
- ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับคู่สมรส                       ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับลูก/หลาน
- ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับบิดา/มารดา                       ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับผู้ดูแล
- ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับนายจ้าง                       เป็นที่สาธารณะ

ตอนที่ ๓ ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

๑๙. สถานที่ที่ทำให้ได้รับอุบัติเหตุ/หกล้ม/ตกบันได (ภายใน ๑ ปี)

- ไม่เคยได้รับบาดเจ็บเลย
- ได้รับบาดเจ็บในบ้าน
  - ห้องน้ำ/ห้องอาบน้ำ จำนวน.....ครั้ง                       ห้องครัว จำนวน.....ครั้ง
  - ห้องนั่งเล่น จำนวน.....ครั้ง                       ห้องนอน จำนวน.....ครั้ง
  - ซานบ้าน/ระเบียงบ้าน จำนวน.....ครั้ง                       บันได จำนวน.....ครั้ง
  - ใต้ถุนบ้าน จำนวน.....ครั้ง                       อื่นๆ (ระบุ).....
- ได้รับบาดเจ็บภายนอกบ้าน
  - ทางเดินเข้าบ้าน จำนวน.....ครั้ง                       โรงจอดรถ จำนวน.....ครั้ง
  - บริเวณสนาม สวนที่พักผ่อน เช่น สวนปลูกต้นไม้ จำนวน.....ครั้ง
  - สถานที่อื่นๆ ที่ไม่ใช่บ้าน (ระบุ เช่น ถนน ลานวัด).....

๒๐. สรุปปัญหาที่พบและต้องได้รับการแก้ไข (เรียงตามลำดับสำคัญก่อน-หลัง)

- ๑.).....
- ๒.).....
- ๓.).....
- ๔.).....
- ๕.).....

(ลงชื่อ).....ผู้สอบข้อเท็จจริง

(.....)

วันที่.....



หนังสือให้ความยินยอมในการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เป็น ( ) เจ้าของบ้าน หรือ ( ) สมาชิกในครอบครัวที่ได้รับมอบหมายจากเจ้าของบ้าน พักอาศัยเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น ( ) บิดา ( ) มารดา ( ) สามี ( ) ภรรยา ( ) บุตร ( ) หลานอื่นๆ (ระบุ).....ของคนพิการ ชื่อ.....นั้น ขอทำหนังสือฉบับนี้ไว้เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

๑. ข้าพเจ้าและครอบครัวได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของการซ่อมแซม ปรับปรุงบ้านที่อยู่อาศัย ตามโครงการฯ ของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง

๒. ข้าพเจ้าและครอบครัวที่มีความประสงค์และยินยอมให้มีการซ่อมแซม ปรับปรุงบ้านที่อยู่อาศัยหลังนี้ ตามรายการและระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่กำหนดทุกประการ

๓. เพื่อให้การดำเนินการซ่อมแซม ปรับปรุงบ้านที่อยู่อาศัยหลังนี้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยดี ข้าพเจ้าและบริวารหรือตัวแทนของข้าพเจ้า ชื่อ.....จะอยู่ร่วมมีร่วมแรง และช่วยอำนวยความสะดวกทุกด้านอย่างเต็มกำลังความสามารถแก่คณะทำงานฯ ตลอดระยะเวลาของการซ่อมแซม ปรับปรุงบ้านที่อยู่อาศัยหลังนี้โดยไม่เรียกร้องค่าตอบแทนใดๆ ทั้งสิ้น

๔. ในกรณีที่มีสาเหตุสุดวิสัยหรือความเสียหายใดๆเกิดขึ้นในระหว่างการซ่อมแซม ปรับปรุงบ้านที่อยู่อาศัยหลังนี้ โดยที่ข้าพเจ้าได้รับรู้ด้วยแล้ว ข้าพเจ้าและครอบครัวจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายและสิทธิใดๆ ทั้งสิ้น จากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยาน

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

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

หมายเหตุ แนบเอกสารประกอบได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของบ้านพักอาศัยและคนพิการในครอบครัว



สำหรับช่างเทศบาลหรือ  
ช่าง อบต.เป็นผู้ประเมิน

แบบประมาณการค่าใช้จ่าย  
ซ่อมแซม และปรับปรุงที่อยู่อาศัย

ชื่อเจ้าบ้าน.....  
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....  
ผู้ประมาณการชื่อ..... นามสกุล.....  
ตำแหน่ง.....  
วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

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

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ระยะเวลาดำเนินงาน.....วัน (โดยคำนวณจากปริมาณงาน)

ค่าตอบแทน หมายถึง ค่าจ้างเหมาในการซ่อมแซม และปรับปรุงที่อยู่อาศัย

โดยให้ถือปฏิบัติตามระเบียบ / ประกาศ / คำสั่งที่เกี่ยวข้อง ซึ่งหน่วยงานที่ได้รับเงินสนับสนุนถือปฏิบัติอยู่แล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้ประมาณการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....



แบบแสดงรายการ ปริมาณงาน และราคา

กลุ่มงาน/งาน

ชื่อโครงการ/งานก่อสร้าง

สถานที่ก่อสร้าง

แบบเลขที่

หน่วยงานเจ้าของโครงการ/งานก่อสร้าง

ผู้ประเมินราคา.....เมื่อวันที่ .....

เดือน ..... พ.ศ. ....

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	เมื่อวันที่ .....		เดือน .....		รวม	หมายเหตุ
				ราคาต่อหน่วย	จำนวนเงิน	ราคาต่อหน่วย	จำนวนเงิน		

ผู้คำนวณ.....  
(.....)

นายช่างโยธา

(.....)

หัวหน้าส่วนโยธา

ผู้ตรวจสอบ

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

นายก อบต / ทต

ผู้อนุมัติ



แบบ ปร.๕ (ก)

## แบบสรุปค่าก่อสร้าง

กลุ่มงาน/งาน

ชื่อโครงการ/งานก่อสร้าง

สถานที่ก่อสร้าง

แบบเลขที่

หน่วยงานเจ้าของโครงการ/งานก่อสร้าง

แบบ ปร.๔ ที่แบบ มีจำนวน

หน้า

ประมาณราคา เมื่อวันที่

เดือน

พ.ศ.

ลำดับที่	รายการ	ค่างานต้นทุน	Factor F	ค่าก่อสร้าง	หมายเหตุ
๑	งาน/กลุ่มงาน.....				
๒	งาน/กลุ่มงาน.....				
	เงื่อนไขการใช้ตาราง Factor F				
	เงินล่วงหน้าจ่าย.....%				
	เงินประกันผลงานหัก.....%				
	ดอกเบี้ยเงินกู้.....%				
	ภาษีมูลค่าเพิ่ม.....%				

รวมค่าก่อสร้าง

ขนาดหรือเนื้อที่อาคาร จำนวน.....ตร.ม.

เฉลี่ย.....บาท/ตร.ม.

ผู้คำนวณ

(.....)

นายช่างโยธา

(.....)

หัวหน้าส่วนโยธา

ผู้ตรวจสอบ

(.....)

นายก อบต / ทต

ผู้อนุมัติ





แบบสรุปราคางานก่อสร้าง

ชื่อโครงการ/งานก่อสร้าง

สถานที่ก่อสร้าง

แบบเลขที่

หน่วยงานเจ้าของโครงการ/งานก่อสร้าง

ผู้ประมาณราคา

แบบ พร.๔และ พร.๕ ที่แบบ จำนวนชุด

ประมาณราคาเมื่อวันที่

ลำดับที่	รายการ	ค่าก่อสร้าง	หมายเหตุ
๑	งาน/กลุ่มงาน.....		
๒	งาน/กลุ่มงาน.....		
สรุป	รวมค่าก่อสร้างทั้งโครงการ/งานก่อสร้าง		
	ราคากลาง ราคา (.....ตัวอักษร.....)		

ผู้คำนวณ

(.....)

นายช่างโยธา

(.....)

หัวหน้าส่วนโยธา

ผู้ตรวจสอบ

(.....)

นายก อบต / ทต

ผู้อนุมัติ



# ภาพถ่ายสภาพที่อยู่อาศัยภายในและภายนอกบ้าน

หลักเกณฑ์โครงการการของงบประมาณกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง  
ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ➡ โครงการละไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท

ตัวอย่างโครงการด้านพัฒนาคุณภาพชีวิต ส่งเสริมอาชีพ เช่น

๑. โครงการรวมกลุ่มประดิษฐ์เพื่อมิตรภาพบำบัด
๒. โครงการสานพลังสร้างชุมชนเพื่อคนพิการ
๓. โครงการกระตุ้นพัฒนาการเด็กสมองพิการ

ฯลฯ

**กลุ่มเป้าหมาย**

- ๑.๑ คนพิการ
- ๑.๒ ผู้สูงอายุ
- ๑.๓ ผู้ที่อยู่ในระยะการฟื้นฟูสมรรถภาพ

**เงื่อนไข มีดังนี้**

๑. ต้องเป็นกลุ่มองค์กร/สมาคม/ชมรม ที่มีผลการดำเนินงานมาแล้ว
๒. กลุ่มองค์กร/สมาคม/ชมรม ต้องมีสมาชิกจำนวนที่แน่นอน
๓. หน่วยบริการ (รพ., รพ.สต.)

**ขั้นตอนการขอรับงบประมาณ มีดังนี้**

๑. กลุ่มองค์กร/สมาคม/ชมรม/หน่วยบริการ ที่ประสงค์ขอรับงบประมาณ เขียนโครงการตามแบบฟอร์มของกองทุนฯ
๒. จากนั้นให้นำโครงการที่เขียนเสร็จแล้ว ไปให้ผู้บริหารรับรองโครงการ

(ก) กรณี กลุ่มองค์กร/สมาคม/ชมรม ให้ผู้บริหารของ เทศบาล หรือ อบต. รับรองโครงการตามแบบฟอร์มของกองทุนฯ เพื่อมิให้เกิดการขอรับงบประมาณซ้ำซ้อนในพื้นที่ (เฉพาะชมรม/สมาคมคนพิการเป็นผู้เขียนโครงการขอรับงบประมาณ เท่านั้น)

(ข) กรณี หน่วยบริการ ให้ผู้บริหารตามลำดับชั้นบังคับบัญชาของหน่วยงานนั้นๆ รับรองโครงการตามแบบฟอร์มของกองทุนฯ

๓. หลังจากที่ได้รับรองเรียบร้อยแล้ว ให้ส่งโครงการมาที่สำนักงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง ได้ตั้งแต่วันจันทร์ - วันศุกร์ ในวันและเวลาราชการ โทร.๐๙๕-๘๑๘๐๗๒๐

**ระยะเวลาการขอรับงบประมาณ** ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม - ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

**หมายเหตุ** ที่ตั้งสำนักงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง (ตึก อบจ. ระยอง ชั้น ๖)

๑๔๐ ม.๒ ถ.สุขุมวิท ต.เนินพระ อ.เมือง จ.ระยอง ๒๑๐๐๐

โทร ๐๙๕-๘๑๘-๐๗๒๐ โทร ๐๓๘-๖๑๗๔๓๐ ต่อ ๖๐๒

ผู้ประสานงานกองทุนฯ : คุณเพชรณิ / คุณพัชนี / คุณอัมภาภรณ์

แบบฟอร์มโครงการเสนอขอรับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนฟื้นฟูฯ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑  
(สำหรับหน่วยบริการ/ชมรม/สมาคม)

๑. ชื่อโครงการ

๒. หลักการและเหตุผล

๓. วัตถุประสงค์

๔. กลุ่มเป้าหมาย

๕. วิธีการดำเนินการ/กิจกรรม

**๖. สถานที่ดำเนินการ**

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

**๗. ระยะเวลาดำเนินการ**

.....  
.....

**๘. งบประมาณ**

.....  
.....

**๙. หน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการ**

.....  
.....

**๑๐. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

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

ลงชื่อ ..... ผู้เขียนโครงการ

( )

เจ้าหน้าที่ขององค์กร/สมาคม/ชมรม/หน่วยบริการ รพ.สต.

ลงชื่อ ..... ผู้เสนอโครงการ

( )

ผู้บริหารขององค์กร/สมาคม/ชมรม/หน่วยบริการ รพ.สต.

ลงชื่อ ..... ผู้รับรองโครงการ  
( ..... ) ที่เห็นชอบโครงการ  
นายกเทศบาล/อบต.

ลงชื่อ ..... ผู้ตรวจสอบโครงการ

ลงชื่อ ..... ผู้เห็นชอบโครงการ

ลงชื่อ ..... ผู้อนุมัติโครงการ

\*หมายเหตุ : ทั้งนี้ ให้ส่งโครงการขอรับงบประมาณกองทุนฯ ได้ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม- ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๑  
ในวัน เวลาราชการ

คู่มือสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
สำหรับคนพิการ (ท.๗๔XXXXXXXX)  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



สิทธิหลักประกันสุขภาพสำหรับคนพิการ (ท.๗๔)  
คืออะไร?

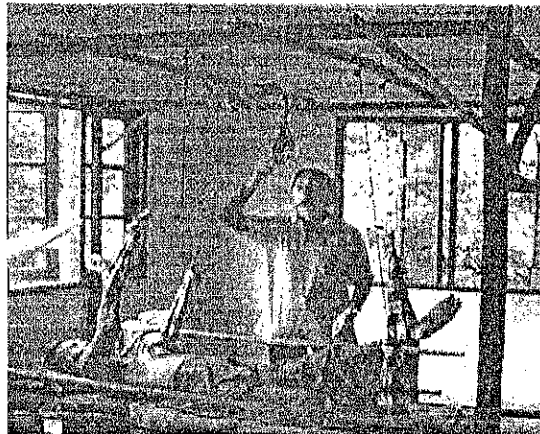
“สิทธิหลักประกันสุขภาพ” หรือที่เคยรู้จักกันในนาม “สิทธิ ๓๐ บาท หรือ สิทธิบัตรทอง” เพื่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึง ตั้งแต่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต สิทธิหลักประกันสุขภาพสำหรับคนพิการ คือ สิทธิคนพิการที่ระบุสิทธิย่อย ท.๗๔XXXXXXXX หรือบัตรประกันสุขภาพที่ระบุ R๗๔XXXXXXXX หรือบัตรทอง



ที่ระบุ ท.๐๐XXXXXXX (คนพิการซึ่งเป็นบัตรทองแบบเก่า)  
จะได้รับสิทธิเพิ่มเติมสำหรับคนพิการในระบบหลักประกัน  
สุขภาพแห่งชาติ

ได้อย่างไร? จึงจะมีสิทธิหลักประกันสุขภาพ  
(ก.๗๔)

ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.  
๒๕๔๕ มาตรา ๕ กำหนดให้ “บุคคลทุกคนมีสิทธิ  
ได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ  
ตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติ” ซึ่งบุคคลในที่นี่ หมายถึง  
บุคคลที่มีสัญชาติไทย มีเลขประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก



### คนพิการประเภทใดบ้าง ที่มีสิทธิได้รับ

#### หลักประกันสุขภาพคนพิการ?

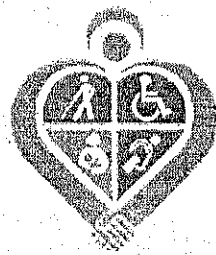
คนพิการที่สามารถได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพคนพิการ ได้แก่ คนพิการที่ยังไม่ได้รับความคุ้มครองใดๆ จากกองทุนประกันสุขภาพอื่นที่รัฐจัดให้ และหมายรวมถึง

๑) คนพิการที่ได้รับการจดทะเบียน ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

๒) คนพิการที่ไม่ได้รับการจดทะเบียน ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ทั้งนี้ คนพิการที่ไม่ได้รับการจดทะเบียนเป็น ท.๗๔ จะต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยและออกใบรับรองความพิการที่ระบุประเภทความพิการจากแพทย์/ผู้ประกอบ

วิชาชีพเวชกรรมก่อน หรือแสดงบัตรคนพิการตาม พรบ.ส่งเสริมฯ เพื่อประกอบการลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ





การคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว

การคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว

การคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว

การคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว

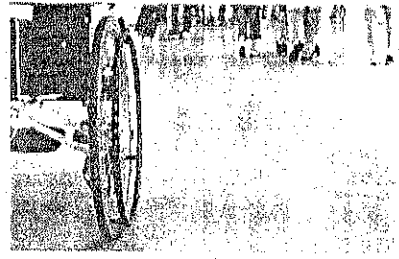
การคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว

**คนพิการประเภทใดบ้าง ที่ไม่มีสิทธิได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพฯ สำหรับคนพิการ?**

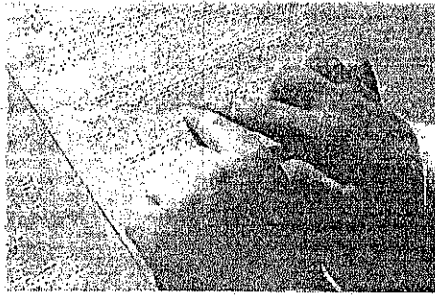
คนพิการที่ไม่มีสิทธิได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพฯ สำหรับคนพิการ ได้แก่ คนที่ได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลตามกฎหมายหรือระเบียบอื่นๆ ที่รัฐกำหนดอยู่ก่อนแล้ว เช่น ข้าราชการและลูกจ้างประจำของรัฐ พนักงานของรัฐ และรัฐวิสาหกิจ รวมทั้งบิดา มารดา คู่สมรสและบุตรที่ถูกต้องตามกฎหมาย บุคคลผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติประกันสังคม

**ประเภทความพิการ ที่มีสิทธิได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพฯ สำหรับคนพิการ**

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้กำหนดประเภทความพิการตามที่กำหนดใน พรบ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็น ๗ ประเภท



สปสช.



๑. ความพิการทางการเห็น
๒. ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
๓. ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
๔. ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
๕. ความพิการทางสติปัญญา
๖. ความพิการทางการเรียนรู้
๗. ความพิการทางออทิสติก

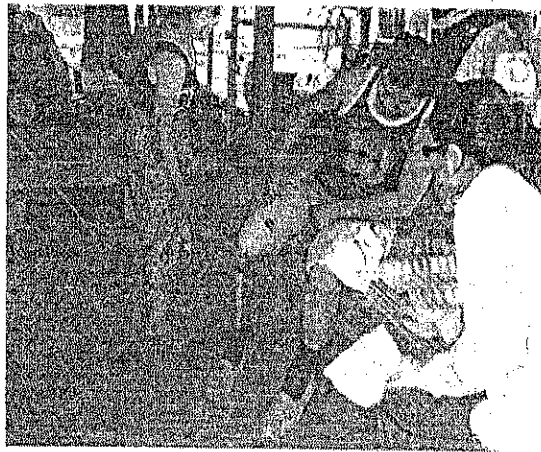
#### สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เฉพาะสำหรับคนพิการ

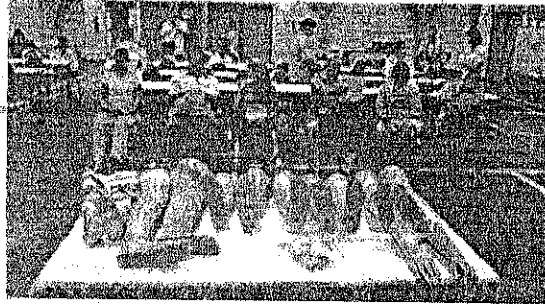
๑. สิทธิประโยชน์หลัก ได้แก่ บริการขั้นพื้นฐาน  
ทางการแพทย์ หมายรวมถึง บริการสร้างเสริมสุขภาพและ  
ป้องกันโรค การคลอดบุตร บริการทันตกรรม การตรวจ  
วินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล โดยสามารถรับบริการ



ได้ที่ สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาล  
ของรัฐทุกแห่ง และโรงพยาบาลเอกชนที่ขึ้นทะเบียนเป็น  
หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๒. สิทธิเฉพาะสำหรับคนพิการ ได้แก่ สิทธิการได้รับ  
บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งในและนอกหน่วยบริการ ได้แก่  
กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การประเมิน/แก้ไขการพูด  
จิตบำบัด พฤติกรรมบำบัด การฟื้นฟูการได้ยิน การฟื้นฟู  
การเห็น การกระตุ้นพัฒนาการ การได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วย  
ตามประเภทความพิการ การพัฒนาศักยภาพในรูปแบบอื่นๆ  
เช่น การเข้ารับบริการการฝึกการใช้ไม้เท้าขาวเพื่อฟื้นฟู  
สมรรถภาพการเห็น เป็นต้น

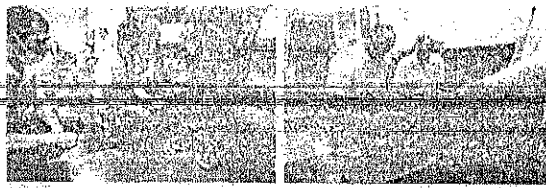




คนพิการที่มีสิทธิได้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เฉพาะสำหรับคนพิการ จะต้องลงทะเบียนสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยระเบียบสิทธิประมาณคนพิการ (ท.๗๔) ในระบบฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

#### ข้อดี

คนพิการที่ได้รับการลงทะเบียน ท.๗๔ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐได้ทุกแห่งโดยไม่ต้องง้อใบส่งต่อ



### ทำสิทธิหลักประกันสุขภาพฯ สำหรับคนพิการ (ท.๗๘) ได้อย่างไร?

ต่างจังหวัด สามารถลงทะเบียนได้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลของรัฐ ที่อยู่ใกล้บ้าน หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

กรุงเทพมหานคร สามารถลงทะเบียนได้ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ปัจจุบันได้แก่ สำนักงานเขตทุกเขต ในวันและเวลาราชการ

### ทำสิทธิหลักประกันสุขภาพฯ สำหรับคนพิการ ใช้หลักฐานอะไรบ้าง?

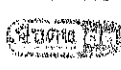
• สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวที่มีรูปถ่ายซึ่งทางราชการออกให้ (เด็กต่ำกว่า ๑๕ ปี ใช้สำเนาใบสูติบัตร หรือใบเกิด)

• สำเนาทะเบียนบ้านที่คนพิการมีชื่ออยู่

๑๒ สปสข

ยื่นเรื่องให้ตั้งกรรมการขึ้นตรวจสอบ  
การดำเนินงานในหน่วยงาน ซึ่งกรณีเช่นนี้  
การให้คำปรึกษาที่ถูกต้องจึงได้ตรงตามที่ขอเป็นอัน  
แล้วเสร็จหรือตามเกณฑ์ข้อบังคับอื่น ให้เพิ่มชื่อใน  
รายชื่อกรรมการที่เสนอขึ้นให้ครบถ้วน ซึ่งประกอบไปด้วย  
ผู้ทรงคุณวุฒิที่สมควรจะดำรงตำแหน่งกรรมการ  
ประกอบด้วย กรรมการ ๕ คน ๓ คน ๒ คน ๑ คน  
ซึ่งในจำนวนนี้ต้องมีผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย ๓ คน

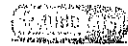
**กรณีเป็นรองก่อนเดิมแล้ว**

งานเป็นรองก่อนเดิมก่อนการรับ  
การพิจารณาให้ดำรงตำแหน่ง  
๓.๓๕ ควรเข้ารับการตรวจประเมินความพึงการ ณ หน่วย  
บริการของรัฐเพื่อพร้อมต่อการเข้ารับหรือเอกสารรับรอง  
การตรวจประเมินความพึงการจากต้นทางและยื่น  
ใบแจ้งการมีพิกัดที่อยู่ของจริงซึ่งตรงตามทะเบียนบ้าน  
ให้แสดงหลักฐานอย่างหนึ่งอย่างใด เช่น ให้เพิ่มเติมชื่อใน  
สำเนาทะเบียนบ้านให้เข้าลักษณะซึ่งมีเลขที่ติดต่อเฉลี่ยของ  
นักเรียนหรือดำรงอยู่ประจำซึ่งต้องผู้ปกครองมารับรองได้  
พิกัดที่อยู่จริงหรือได้รับรองโดยสนธิสัญญาแสดงหลักฐานอื่น  
ประกอบ (ใบเสร็จค่าเช่า ค่าไฟ ค่าโทรศัพท์ พิมพ์ของตนเอง)  
หรือหนังสือรับรองของผู้จ้างหรือนายจ้าง 

**กรณีเป็นรองก่อนเดิมแล้ว**

งานเป็นรองก่อนเดิมก่อนการรับ  
การพิจารณาให้ดำรงตำแหน่ง  
๓.๓๕ ควรเข้ารับการตรวจประเมินความพึงการ ณ หน่วย  
บริการของรัฐ เพื่อให้ออกเอกสารรับรองความพึงการ และ  
นำมาประกอบการลงทะเบียนทำบัตรทองคนพิการ เพื่อให้  
ได้รับสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เพิ่มเติม

สำหรับคนพิการ ที่ลงทะเบียนตรวจประเมินความพึงการ  
และมีความพิการอยู่ในระดับที่สามารถพึ่งพิงทะเบียนคนพิการ  
ตามพระราชบัญญัติสงเคราะห์และพัฒนาคุณภาพชีวิต



การให้บริการทางการแพทย์ที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ  
ของหน่วยงานขอให้บริการนี้ว่าคนพิการ

๓. ในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ องค์การพิทักษ์คุ้มครอง  
สิทธิผู้ป่วยแห่งประเทศไทย มูลนิธิพัฒนาคนพิการ  
ศูนย์บริการร่วมกระทรวงพาณิชย์ หรือฝ่ายส่งเสริมและ  
พัฒนาระยะการฟื้นฟู โรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงมหาดไทย  
ประโชนี สถาบันราชกุมาร หงออดของจังหวัดหรือ  
โรงพยาบาลราชวิถี

๔. ศูนย์บริการร่วม จังหวัด ได้แก่ กรมส่งเสริมการค้าระหว่าง  
ประเทศ กระทรวงพาณิชย์ จังหวัดขอนแก่น อพย อพย อพย  
สถาบันการศึกษาระดับท้องถิ่น หรือที่โรงพยาบาล  
จังหวัด/อำเภอ ที่ศูนย์บริการร่วมเป็นของรัฐในโรงพยาบาล  
หรือหน่วยงานราชการอื่นๆ ที่ผู้ให้บริการจังหวัด  
หรือหน่วยงานขอให้บริการได้แจ้งให้ทราบแล้ว  
คนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๖ เพื่อให้ได้ใจเพิ่มเติม ควรเข้ารับกร  
จดทะเบียนขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

๑. ในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ กรมส่งเสริมการค้าระหว่าง  
องค์กรกลางคนพิการ มูลนิธิพัฒนาคนพิการ หรือศูนย์บริการ  
(ศูนย์บริการร่วมกระทรวงพาณิชย์ หรือฝ่ายส่งเสริมและ  
พัฒนาระยะการฟื้นฟู โรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงมหาดไทย  
ประโชนี สถาบันราชกุมาร หงออดของจังหวัดหรือ  
โรงพยาบาลราชวิถี

๒. ในจังหวัดอื่น ได้แก่ กรมส่งเสริมการค้าระหว่าง  
ความเข้มแข็งของชุมชน จังหวัดขอนแก่น อพย อพย อพย  
ศาลากลางจังหวัดทุกจังหวัด หรือที่โรงพยาบาลประจำ  
จังหวัด/อำเภอ ที่ศูนย์บริการร่วมเป็นของรัฐในโรงพยาบาล  
หรือหน่วยงานราชการอื่นๆ ที่ผู้ให้บริการจังหวัด  
ประกาศกำหนด เพื่อให้ได้รับผลสวัสดิการด้านอื่นๆ เช่น  
การศึกษา อาชีพ เบี้ยยังชีพ ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายกำหนด

