

แบบฟอร์มข้อเสนอโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
สรุปแผนการดูแลรายบุคคล และค่าบริการเหมาจ่ายตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ

ส่วนที่ ๑ : ข้อเสนอโครงการ

เรียน ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
องค์การบริหารส่วนตำบลนาบัว..... อำเภอเมืองสุรินทร์..... จังหวัดสุรินทร์.....

ด้วย ...โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว... อำเภอเมืองสุรินทร์..... จังหวัด.....สุรินทร์..... มีความประสงค์จะจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลนาบัว.... โดยขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ เป็นค่าบริการเหมาจ่าย/คน/ปี จำนวน๓๑... คน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน๑๖๓,๐๐๐..... บาท (หนึ่งแสนหกหมื่นสามพันบาทถ้วน) รายละเอียด มีดังนี้

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				รวม	
กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้างมี ปัญหาการกิน/การ ขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะ สับสน		กลุ่มที่ ๒ กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมี ปัญหาการกิน/การ ขับถ่าย		กลุ่มที่ ๓ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเอง ไม่ได้ ไม่มีปัญหาการ กิน/การขับถ่ายหรือ เจ็บป่วยรุนแรง		กลุ่มที่ ๔ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเอง ไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้าย ของชีวิต			
จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)
๒๑	๑๑๓,๐๐๐	-	-	๑	๖,๐๐๐	๙	๔๔,๐๐๐	๓๑	๑๖๓,๐๐๐

ระยะเวลาดำเนินการ.....๑ เมษายน ๒๕๖๔ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕.....

ทั้งนี้ ได้แนบสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการเหมาจ่าย เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณาสันนิษฐานค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวฯ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

ลงชื่อ ผู้จัดทำข้อเสนอ

(...นางบานเย็น พรหมดี....)

ตำแหน่ง ผอ.รพ.สต.นาบัว

วันที่ เดือน ...ธันวาคม... พ.ศ.๒๕๖๓....

ส่วนที่ ๒ (เอกสารตามแบบที่ รพ.สต.เสนอมา)

สรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการเหมาจ่าย

เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณาสับสนุนค่าใช้จ่าย

ชื่อ	ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันจัดทำ
เกิดวันที่ เดือน ปี (อายุ.....ปี) เลขบัตรประชาชน	วินิจฉัย	
สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ได้รับบริการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	เป้าหมายการดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่..... ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงินบาท		- ระยะสั้น
		- ระยะยาว
	การดูแล	ข้อควรระวังใน
ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ *ทั้งนี้ ในการปฏิบัติจริงสามารถยืดหยุ่นได้โดยคำนึงถึงสถานะของผู้ป่วยเป็นสำคัญ”		

**ส่วนที่ ๓ : ผลการพิจารณาโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและค่าบริการ
 เหม่าจ่ายตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ**

การประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ ..๑... /...๒๕๖๔... เมื่อวันที่๒๒.... เดือน....ธันวาคม.... พ.ศ. ...๒๕๖๓.... ได้พิจารณาข้อเสนอของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว... เขตพื้นที่....องค์การบริหารส่วนตำบลนาบัว...อำเภอ...เมืองสุรินทร์... จังหวัด...สุรินทร์... ตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและค่าบริการเหม่าจ่าย/คน/ปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยที่ประชุมมีมติดังนี้

☐ เห็นชอบ โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และค่าบริการเหม่าจ่าย/คน/ปีตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ และเห็นชอบให้การสนับสนุนค่าใช้จ่าย เพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว...จำนวน...๓๑...คน เป็นเงินทั้งสิ้นจำนวน๑๖๓,๐๐๐...บาท (...หนึ่งแสนหกหมื่นสามพันบาทถ้วน...) โดยเป็นเงินจากบัญชีเงินฝาก ดังนี้

☐ บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ.....อบต.นาบัว...เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน๑๖๓,๐๐๐.... บาท

☐ บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ...(ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)...หรือ“ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพ...(ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น).... จำนวนบาท (กรณีงบประมาณดูแลระยะยาวฯ เหม่าจ่าย ๕,๐๐๐ บาท/คน/ปี ไม่เพียงพอ)

รายละเอียดตามตาราง

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				รวม	
กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหา การกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มี ภาวะสับสน		กลุ่มที่ ๒ กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมี ภาวะสับสน และอาจมี ปัญหาการกิน/การขับถ่าย		กลุ่มที่ ๓ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน/การ ขับถ่ายหรือเจ็บป่วยรุนแรง		กลุ่มที่ ๔ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ใน ระยะท้ายของชีวิต			
จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)
๒๑	๑๑๓,๐๐๐	-	-	๑	๖,๐๐๐	๙	๔๔,๐๐๐	๓๑	๑๖๓,๐๐๐

☐ ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก

.....
 .
 หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) (ระบุจำนวนผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้รับการ
 เห็นชอบ).....

ลงชื่อ.....
 (...นายเฉลิมพล เขียวหวาน....)

ประธานอนุกรรมการ

คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
 ...อบต.นาบัว... อำเภอ ...เมืองสุรินทร์... จังหวัด ...สุรินทร์...
 วัน...๒๒.... เดือนธันวาคม.... พ.ศ.๒๕๖๓....

แบบรายงานผลการพิจารณาโครงการจัดบริการฯ ของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการ
ดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต่อคณะกรรมการกองทุนฯ เพื่ออนุมัติการเบิกจ่าย

ตามมติการประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ ...๑/...๒๕๖๔... เมื่อวันที่ ...๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๓... ได้เห็นชอบโครงการจัดบริการดูแลระยะยาว
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และค่าบริการเหมาจ่าย/คน/ปีตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะ
กรรมการฯ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการ
กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ และเห็นชอบให้การสนับสนุน
ค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ...โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลนาบัว... เขตพื้นที่...อบต.นาบัว... อำเภอ...เมืองสุรินทร์... จังหวัด ...สุรินทร์... จำนวน...๓๑... คน
เป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน๑๖๓,๐๐๐...บาท (...หนึ่งแสนหกหมื่นสามพันบาทถ้วน...) นั้น

การประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ครั้งที่...
๑/๒๕๖๔... เมื่อวันที่...๒๒.. เดือน...ธันวาคม... พ.ศ..๒๕๖๓... มีมติรับทราบ และอนุมัติให้เบิกจ่ายเงิน จำนวน....
๑๖๓,๐๐๐...บาท (หนึ่งแสนหกหมื่นสามพันบาทถ้วน) จากบัญชีเงินฝาก ดังนี้

☐ บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ...อบต.นาบัว...เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
จำนวน๑๖๓,๐๐๐.....บาท

☐ บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ...(ชื่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)...หรือ “ระบบกองทุน
หลักประกันสุขภาพ...(ชื่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)..... จำนวนบาท (กรณีงบประมาณดูแลระยะยาว
ฯ เหมาจ่าย ๕,๐๐๐ บาท/คน/ปี ไม่เพียงพอ)

ลงชื่อ.....

(.....นายเฉลิมพล เขียวหวาน.....)

ประธานกรรมการ

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

....อบต.นาบัว...อำเภอ...เมืองสุรินทร์...จังหวัด...สุรินทร์...

วัน...๒๒...เดือน...ธันวาคม...พ.ศ...๒๕๖๓.....

แบบฟอร์มข้อเสนอโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
สรุปแผนการดูแลรายบุคคล และค่าบริการเหมาจ่ายตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ

ส่วนที่ ๑ : ข้อเสนอโครงการ

เรียน ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
องค์การบริหารส่วนตำบลนาบัว..... อำเภอเมืองสุรินทร์..... จังหวัดสุรินทร์.....

ด้วย ..โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว... อำเภอเมืองสุรินทร์.... จังหวัด....สุรินทร์... มีความประสงค์จะจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลนาบัว.... โดยขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ เป็นค่าบริการเหมาจ่าย/คน/ปี จำนวน๒๙... คน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน๑๔๕,๐๐๐..... บาท (หนึ่งแสนสี่หมื่นห้าพันบาทถ้วน) รายละเอียด มีดังนี้

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				รวม	
กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้างมี ปัญหาการกิน/การ ขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะ สับสน		กลุ่มที่ ๒ กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมี ปัญหาการกิน/การ ขับถ่าย		กลุ่มที่ ๓ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเอง ไม่ได้ ไม่มีปัญหาการ กิน/การขับถ่ายหรือ เจ็บป่วยรุนแรง		กลุ่มที่ ๔ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเอง ไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้าย ของชีวิต			
จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)
๑๕	๗๕,๐๐๐	๖	๓๐,๐๐๐	๘	๔๐,๐๐๐	-	-	๒๙	๑๔๕,๐๐๐

ระยะเวลาดำเนินการ.....๑ เมษายน ๒๕๖๔ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕.....

ทั้งนี้ ได้แนบสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการเหมาจ่าย เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณาสันนิษฐานค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวฯ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

ลงชื่อ ผู้จัดทำข้อเสนอ
 (....นางทิพวรรณ น้อยนิตย์....)

ตำแหน่ง ผอ.รพ.สต.นาบัว

วันที่ เดือน ...ธันวาคม... พ.ศ.๒๕๖๓....

ส่วนที่ ๒ (เอกสารตามแบบที่ รพ.สต.เสนอมา)

สรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการเหมาจ่าย

เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณาสับสนุนค่าใช้จ่าย

ชื่อ	ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันจัดทำ
เกิดวันที่ เดือน ปี (อายุ.....ปี) เลขบัตรประชาชน	วินิจฉัย	
สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	เป้าหมายการดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่..... ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงินบาท		- ระยะสั้น
		- ระยะยาว
	การดูแล	ข้อควรระวังใน
ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ *ทั้งนี้ ในการปฏิบัติจริงสามารถยืดหยุ่นได้โดยคำนึงถึงสถานะของผู้ป่วยเป็นสำคัญ”		

**ส่วนที่ ๓ : ผลการพิจารณาโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและค่าบริการ
เหมาะสมตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ**

การประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ ..๑... /...๒๕๖๔... เมื่อวันที่๒๒.... เดือน....ธันวาคม.... พ.ศ. ...๒๕๖๓.... ได้พิจารณาข้อเสนอของ....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว... เขตพื้นที่....องค์การบริหารส่วนตำบลนาบัว...อำเภอ...เมืองสุรินทร์... จังหวัด... สุรินทร์... ตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและค่าบริการเหมาะสม/คน/ปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยที่ประชุมมีมติดังนี้

☐ เห็นชอบ โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และค่าบริการเหมาะสม/คน/ปีตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ และเห็นชอบให้การสนับสนุนค่าใช้จ่าย เพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว... จำนวน...๒๙...คน เป็นเงินทั้งสิ้นจำนวน๑๔๕,๐๐๐...บาท (...หนึ่งแสนสี่หมื่นห้าพันบาทถ้วน....) โดยเป็นเงินจากบัญชีเงินฝาก ดังนี้

☐ บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ....อบต.นาบัว...เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน๑๔๕,๐๐๐.... บาท

☐ บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ...(ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)...หรือ“ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพ...(ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น).... จำนวนบาท (กรณีบริการดูแลระยะยาวฯ เหมาะสม ๕,๐๐๐ บาท/คน/ปี ไม่เพียงพอ)

รายละเอียดตามตาราง

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				รวม	
กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหา การกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มี ภาวะสับสน		กลุ่มที่ ๒ กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมี ภาวะสับสน และอาจมี ปัญหาการกิน/การขับถ่าย		กลุ่มที่ ๓ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน/การ ขับถ่ายหรือเจ็บป่วยรุนแรง		กลุ่มที่ ๔ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ใน ระยะท้ายของชีวิต			
จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)
๑๕	๗๕,๐๐๐	๖	๓๐,๐๐๐	๘	๔๐,๐๐๐	-	-	๒๙	๑๔๕,๐๐๐

☐ ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก.....
หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) (ระบุจำนวนผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้รับการเห็นชอบ).....

ลงชื่อ.....

(...นายเฉลิมพล เขียวหวาน....)

ประธานอนุกรรมการ

คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

...อบต.นาบัว... อำเภอ ...เมืองสุรินทร์.... จังหวัด ...สุรินทร์....

วัน...๒๒.... เดือน ...ธันวาคม.... พ.ศ. ...๒๕๖๓....

หมายเหตุ แจ้งผลการพิจารณาต่อคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ เพื่อทราบและอนุมัติการเบิกจ่ายต่อไป

แบบรายงานผลการพิจารณาโครงการจัดบริการฯ ของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการ
ดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต่อคณะกรรมการกองทุนฯ เพื่อบริการเบิกจ่าย

ตามมติการประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง ครั้งที่ ...๑/...๒๕๖๔... เมื่อวันที่ ...๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๓... ได้เห็นชอบโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และค่าบริการเหมาจ่าย/คน/ปีตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ
เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน
หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๙ และเห็นชอบให้การสนับสนุนค่าใช้จ่าย
เพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
บ้านนาบัว เขตพื้นที่...อบต.นาบัว... อำเภอ...เมืองสุรินทร์... จังหวัด ...สุรินทร์... จำนวน...๒๙... คน เป็นเงิน
ทั้งสิ้น จำนวน๑๔๕,๐๐๐...บาท (...หนึ่งแสนสี่หมื่นห้าพันบาทถ้วน...) นั้น

การประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ครั้งที่...๑/๒๕๖๔...
เมื่อวันที่...๒๒... เดือน...ธันวาคม... พ.ศ..๒๕๖๓... มีมติรับทราบ และอนุมัติให้เบิกจ่ายเงิน จำนวน.....๑๔๕,๐๐๐...บาท
(หนึ่งแสนสี่หมื่นห้าพันบาทถ้วน) จากบัญชีเงินฝาก ดังนี้

☐ บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ...อบต.นาบัว...เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน
.....๑๔๕,๐๐๐.....บาท

☐ บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ...(ชื่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)...หรือ “ระบบกองทุน
หลักประกันสุขภาพ...(ชื่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)..... จำนวนบาท (กรณีงบประมาณดูแลระยะยาวฯ
เหมาจ่าย ๕,๐๐๐ บาท/คน/ปี ไม่เพียงพอ)

ลงชื่อ.....

(.....นายเฉลิมพล เขียวหวาน.....)

ประธานกรรมการ

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

....อบต.นาบัว...อำเภอ...เมืองสุรินทร์...จังหวัด...สุรินทร์...

วัน...๒๒...เดือน...ธันวาคม...พ.ศ...๒๕๖๓.....