



บันทึกข้อความ

สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด

เลขที่รับ..... ๓๒๙๗

วันที่..... ๑ ธ.ค. ๒๕๖๘

เวลา..... ๐๙:๐๓ น.

ส่วนราชการ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดฉะเชิงเทรา โทร.๐ ๓๘๐๙ ๓๗๑๑-๕ ต่อ ๘๑๘

ที่ กพจ.ฉช ๒๕๐๐๑/ ๖๕ วันที่ ๖๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๘

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การจัดทำโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดฉะเชิงเทรา

เรียน หัวหน้าสำนักปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้มีมติที่ประชุมในคราวการประชุมคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดฉะเชิงเทรา ครั้งที่ ๒ ประจำปี ๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๖๘ ณ ห้องประชุมขุนสมาน ชั้น ๒ องค์การบริหารส่วนจังหวัดฉะเชิงเทรา อนุมัติกรอบการบริหารงบประมาณกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดฉะเชิงเทรา ประจำปีงบประมาณปี พ.ศ. ๒๕๖๙ ค่าใช้จ่ายที่สนับสนุนในลักษณะโครงการหรือกิจกรรม สนับสนุนการจัดบริการ การพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับชุมชนและที่บ้าน สนับสนุนการดำเนินการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน เพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดฉะเชิงเทรา จึงขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การจัดทำโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ ได้ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๙ ถึงวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๙ ทางเว็บไซต์องค์การบริหารส่วนจังหวัดฉะเชิงเทรา พร้อมนี้ ได้ส่งระเบียบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดฉะเชิงเทรา แบบฟอร์มการเขียนโครงการ และแนวทางการเขียนโครงการ มาเพื่อทราบและดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

(นางปราณี สุจริต)

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข



ฝ่ายอำนวยการ

☐ ฝ่ายนิติการ

☐ ฝ่ายสวัสดิการสังคม

☐ เวียนให้ทราบทั่วกัน

☐ เพื่อทราบและถือปฏิบัติ

☐ ดำเนินการ

☐ ตรวจสอบ

S & ans

วิสัยทัศน์ อบจ.ฉะเชิงเทรา

“บ้านเมืองน่าอยู่ อาชีพมั่นคง ดำรงธรรมาภิบาล”

ระเบียบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดฉะเชิงเทรา
ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการขอรับการสนับสนุนเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ การปรับสภาพแวดล้อม
ที่อยู่อาศัยหรือบริการขั้นพื้นฐานให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
พ.ศ. ๒๕๖๔

โดยที่เป็นการสมควรให้มีระเบียบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดฉะเชิงเทรา ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการขอรับการสนับสนุนเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยหรือบริการขั้นพื้นฐานให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๕ (๓) ของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงออกระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดฉะเชิงเทรา ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการขอรับการสนับสนุนเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยหรือบริการขั้นพื้นฐานให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ พ.ศ. ๒๕๖๔”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ประธานคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดฉะเชิงเทรา รักษาการให้เป็นไปตามระเบียบนี้

ข้อ ๔ ในระเบียบนี้

“คนพิการ” หมายความว่า คนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

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

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

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

“คณะกรรมการกองทุน” หมายความว่า คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดฉะเชิงเทรา

“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” หมายความว่า องค์กรบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล

“บริการขั้นพื้นฐาน” หมายความว่า บริการขั้นพื้นฐานที่สมควรได้รับเพื่อการดำรงชีพ

/“การปรับ...

“การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย” หมายความว่า การเพิ่มเติม การปรับปรุง การเปลี่ยนแปลง หรือดัดแปลงที่อยู่อาศัยบางส่วนหรือหลายส่วน โดยอาศัยการออกแบบ การซ่อมแซม การก่อสร้าง การใช้เทคโนโลยี หรือวิธีการอื่นใด เพื่อจัดอุปสรรคขั้นพื้นฐานให้คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถดำรงชีวิตในที่อยู่อาศัยนั้นได้อย่างอิสระ สะดวก ปลอดภัย ถูกสุขลักษณะและหลักอนามัย โดยเหมาะสมแก่สถานภาพภายใต้ความพอเพียง

ข้อ ๕ การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยหรือบริการขั้นพื้นฐานให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- (๑) เพื่อป้องกันและลดโอกาสในการเกิดอุบัติเหตุ
- (๒) เพื่อฟื้นฟูสมรรถนะด้านร่างกาย
- (๓) เพื่อลดภาระของคนในครอบครัวหรือผู้ดูแล
- (๔) เพื่อปรับปรุงบ้านให้เหมาะสมแก่การอยู่อาศัย

ข้อ ๖ ในการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยหรือบริการขั้นพื้นฐาน ให้บุคคลดังต่อไปนี้เป็นผู้มีสิทธิ ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

- (๑) คนพิการ
- (๒) ผู้สูงอายุ
- (๓) ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน
- (๔) ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อ ๗ ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยหรือบริการ ขั้นพื้นฐานต้องมีคุณสมบัติของ ดังต่อไปนี้

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในจังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นเวลาติดต่อกันไม่น้อยกว่าหกเดือนนับถึง วันที่ขอรับการสนับสนุนการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยหรือบริการขั้นพื้นฐาน ยกเว้นกรณีการย้ายเข้ามา อยู่ใหม่ภายหลังเกิดความพิการ

(๓) เป็นผู้ได้รับการประเมินว่าเป็นบุคคลที่สมควรได้รับการช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพ
(๔) เป็นผู้ลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในจังหวัดฉะเชิงเทรา
(๕) เป็นผู้ที่ยังไม่ได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐหรือได้รับแล้วแต่ไม่เพียงพอ
ทั้งนี้ การพิจารณาคุณสมบัติตามวรรคหนึ่ง ให้คำนึงถึงสภาพบุคคล ความยากลำบากในการ ดำรงชีพ ความปลอดภัยในการดำรงชีวิตประจำวัน และการใช้ประโยชน์จากที่อยู่อาศัยเป็นสำคัญ

ข้อ ๘ หน่วยงานดังต่อไปนี้ สามารถขอรับการสนับสนุนเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพการปรับ สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยหรือบริการขั้นพื้นฐานให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

- (๑) องค์การบริหารส่วนจังหวัดฉะเชิงเทรา
- (๒) เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดฉะเชิงเทรา

ข้อ ๙ รายการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย เพื่อให้ที่อยู่อาศัยมีสภาพมั่นคงแข็งแรง ปลอดภัย และสะดวกต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย

- (๑) ทางลาด ทางเดินภายในอาคารหรือบ้าน
- (๒) ห้องน้ำ ห้องสุขา เช่น ราวจับอุปกรณ์พยุงตัว วัสดุปูพื้นกันลื่น สุขภัณฑ์และอุปกรณ์ ที่ถูกสุขอนามัย แสงสว่าง ระบบระบายอากาศ ระบบการระบายน้ำ

/(๓) บันได...

(๓) บันได เช่น การติดตั้งราวจับพยุงตัวที่แข็งแรง ราวกันตก จมูกกันลื่น การขยายชั้นลูกนอน การปรับลดระยะชั้นลูกนอนไม่ให้ชันและสูงเกินไป การปรับบานพับ

(๔) ห้องนอน ห้องครัว ห้องนั่งเล่น ห้องอาหาร เช่น ราวจับอุปกรณ์พยุงตัว วัสดุปูพื้นกันลื่น สุขภัณฑ์และอุปกรณ์ที่ถูกสุขอนามัย แสงสว่าง หรือสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต

(๕) ประตู ต้องมีขนาดเหมาะสม และเข้า - ออกได้สะดวก

(๖) หน้าต่าง ต้องเปิด - ปิดได้ง่าย โดยควรจะสามารถเห็นทัศนียภาพภายนอกได้

(๗) ราวจับ มีความเหมาะสม และไม่กีดขวางทางสัญจร

(๘) หลังคา ผนัง พื้น ระเบียง ทางเดิน ทางเชื่อม ทางลาดต่างๆ ของอาคารหรือบ้าน ต้องมีความเหมาะสมและปลอดภัย

(๙) รายการอื่นๆ ที่จำเป็นโดยต้องคำนึงถึงความมั่นคงแข็งแรง ปลอดภัย และสะดวกต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นสำคัญ

ข้อ ๑๐ เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่สนับสนุนการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยหรือบริการขั้นพื้นฐาน ให้เป็นไปตามสภาพความเป็นจริงและความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ โดยกำหนดวงเงินหลังคาเรือนละไม่เกิน ๕๐,๐๐๐ บาท

กรณีจำเป็นเพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น ให้เป็นดุลยพินิจของคณะกรรมการกองทุนในการพิจารณาการสนับสนุน โดยวงเงินไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ต่อหลังคาเรือน

ข้อ ๑๑ หลักฐานประกอบการพิจารณาขอรับสิทธิการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยประกอบด้วย

(๑) แบบคำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยหรือบริการขั้นพื้นฐาน ตามเอกสารแนบท้ายระเบียบฯ ๑

(๒) สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ

(๓) สำเนาทะเบียนบ้าน

(๔) ภาพถ่ายบุคคล และบริเวณที่จะปรับสภาพแวดล้อม

(๕) แบบประเมินราคาค่าใช้จ่าย (ปร.๔ และ ปร.๕)

(๖) ในกรณีที่ไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัยที่จะปรับสภาพแวดล้อม ต้องมีหลักฐานการให้ความยินยอมจากผู้ถือกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัยหรือผู้ได้รับอำนาจจากผู้ถือกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย ตามเอกสารแนบท้ายระเบียบฯ ๒ พร้อมทั้งสำเนาบัตรประชาชนของผู้ถือกรรมสิทธิ์

(๗) แบบประเมินสมรรถนะคนพิการหรือบุคคลที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามเอกสารแนบท้ายระเบียบฯ ๓

(๘) กรณีเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ต้องมีการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Bathel ADL index) ด้วย

ข้อ ๑๒ ขั้นตอนการขอรับการสนับสนุน มีดังนี้

(๑) ผู้นำชุมชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่นั้นๆ ดำเนินการสำรวจและประเมินเบื้องต้น

(๒) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดจะเชิงเทรารวบรวมข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย และจัดทำเป็นโครงการ พร้อมแนบเอกสารประกอบการขอรับสิทธิการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ส่งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดจะเชิงเทรา

/(๓) ฝ่ายเลขา...

(๓) ฝ่ายเลขานุการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดฉะเชิงเทรารวบรวมโครงการแล้วส่งให้คณะกรรมการด้านพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อพิจารณากลับกรองและเสนอต่อคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดฉะเชิงเทรา

(๔) คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดฉะเชิงเทราพิจารณาให้ความเห็นชอบและอนุมัติโครงการ

(๕) ฝ่ายเลขานุการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดฉะเชิงเทราแจ้งผลการพิจารณาให้หน่วยงานเจ้าของโครงการทราบ พร้อมทำบันทึกข้อตกลง

(๖) กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดฉะเชิงเทราดำเนินการเบิกจ่ายเงินสนับสนุนโครงการแก่หน่วยงานเจ้าของโครงการ โดยวิธีปฏิบัติการรับเงิน การเก็บรักษาเงิน การจ่ายเงิน และการรายงานทางการเงินให้เป็นไปตามคู่มือปฏิบัติงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด ตามคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๒

ข้อ ๑๓ หน่วยงานเจ้าของโครงการดำเนินโครงการตามวัตถุประสงค์ โดยให้เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรือหนังสือสั่งการที่หน่วยงานนั้นๆ ถือปฏิบัติ

ข้อ ๑๔ หน่วยงานเจ้าของโครงการต้องรายงานผลการดำเนินงานต่อประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดฉะเชิงเทรา ภายใน ๓๐ วัน นับจากวันที่สิ้นสุดโครงการ ทั้งนี้ การรายงานผลการดำเนินงานโครงการให้ทำเป็นรูปเล่ม และไฟล์ข้อมูล พร้อมภาพกิจกรรม

กรณีที่มีเงินเหลือจากการดำเนินงานให้นำเงินที่เหลือส่งคืนกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดฉะเชิงเทรา

ข้อ ๑๕ กรณีที่ไม่สามารถดำเนินการได้ทันตามกำหนดระยะเวลาของโครงการ ให้ผู้รับผิดชอบโครงการแจ้งขอขยายระยะเวลาดำเนินโครงการเป็นหนังสือพร้อมเหตุผลความจำเป็นต่อประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดฉะเชิงเทรา ไม่น้อยกว่า ๑๕ วัน ก่อนวันสิ้นสุดโครงการ

ให้ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดฉะเชิงเทรามีอำนาจพิจารณาอนุญาตขยายระยะเวลาดำเนินการได้ไม่เกิน ๖๐ วัน นับจากวันสิ้นสุดโครงการ แล้วรายงานต่อที่ประชุมคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดฉะเชิงเทรา ทั้งนี้ การขอขยายระยะเวลาดำเนินการได้เพียงครั้งเดียว

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

๑๙

(นายกิตติ เป้าเปี่ยมทรัพย์)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดฉะเชิงเทรา

ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดฉะเชิงเทรา

แนวทางการเขียนโครงการ

ตัวอย่างโครงการที่ 2

โครงการ ปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี.....

หลักการและเหตุผล

ตามที่ ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. 2562 ลงวันที่ 10 พฤษภาคม 2562 ข้อ 9 (2) (ค) เพื่อสนับสนุนการดำเนินการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐานเพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น ประกอบกับพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 มาตรา 20 คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ (10) การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การมีผู้ช่วยคนพิการ หรือการจัดให้มีสวัสดิการอื่นตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ และระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ การมีผู้ช่วยคนพิการ การช่วยเหลือคนพิการที่ไม่มีผู้ดูแล และสิทธิของผู้ดูแลคนพิการ พ.ศ. 2552 ได้กำหนดแนวทางการคุ้มครองสิทธิคนพิการ เกี่ยวกับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการไว้ว่า การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ โดยการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงหรือดัดแปลงที่อยู่อาศัยบางส่วนหรือทั้งหมด เพื่อขจัดอุปสรรคหรือจัดให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตในที่อยู่อาศัยนั้นได้โดยสะดวกและเหมาะสมกับสภาพความพิการ รวมถึงความปลอดภัยและสุขอนามัย

เพื่อให้การช่วยเหลือ ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้รับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่มีความเหมาะสม สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ องค์การบริหารส่วนตำบล..... จึงได้จัดทำโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อดำเนินการปรับสภาพบ้านและที่อยู่อาศัยสำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้เข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

1.2 เพื่อลดความเสี่ยงของอันตรายที่จะเกิดขึ้น และป้องกันความพิการซ้ำซ้อน

1.3 เพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้รับการฟื้นฟูอย่างถูกต้อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ ไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่นหรือเป็นภาระน้อยที่สุด

2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย

คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

3. วิธีการดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม

3.1 ประชาสัมพันธ์การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการฯ ให้ส่วนราชการในพื้นที่ทราบ เพื่อเสนอโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการฯ ในการขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด.....

3.2 เสนอโครงการผ่านคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพพิจารณาอนุมัติโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับ ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และออกเยี่ยมบ้านและสอบถามเท็จจริงกลุ่มเป้าหมาย เพื่อพิจารณา กลุ่มเป้าหมายให้เป็นไปตามประกาศหลักเกณฑ์ของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ และเมื่อพิจารณาแล้วให้สรุปรวบรวมส่งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ (อาจแนบรายงานการประชุมคณะกรรมการฯ)

3.3 กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ แจ้งผลการพิจารณาอนุมัติเพื่อทำข้อตกลงดำเนินงานร่วมกัน และเบิกจ่ายงบประมาณให้ส่วนราชการในพื้นที่เพื่อดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อไป

3.4 ดำเนินการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามระเบียบฯ และ รายงานผลการดำเนินงานปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ต่อกองทุนฟื้นฟู สมรรถภาพ ระดับจังหวัด.....ภายในระยะเวลาที่กำหนดตามข้อตกลง

รายละเอียดกิจกรรม

- 1) ห้องน้ำและห้องอาบน้ำ เช่น ติดตั้งราวจับอุปกรณ์พยุงตัว วัสดุปูพื้นและปรับระดับพื้นเรียบ ไม่ลื่น ปรับเปลี่ยนสุขภัณฑ์และอุปกรณ์ที่ถูกสุขอนามัย ปรับแสงสว่างและการระบายอากาศระบบสุขาภิบาลและการระบายน้ำ ที่ดี
- 2) บันได ติดตั้งราวจับพยุงตัวที่แข็งแรง ราวกันตก จมูกกันลื่น ขยายชั้นลูกนอน และปรับระยะขั้นลูก ตั้งไม่ให้ชันและตึงเกินไป และปรับขานพัก
- 3) ทางเดินภายในบ้าน ห้องนอน เติงนอน พื้นที่พักผ่อน ห้องครัว ห้องอาหารภายในอาคารโดยติด ตั้งราวจับอุปกรณ์พยุงตัวที่แข็งแรงในพื้นที่ที่ใช้งานบ่อย วัสดุปูพื้นและปรับระดับพื้นเรียบไม่ลื่น แสงสว่างและการระบาย อากาศ การจัดเก็บสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ ให้เข้าที่ และติดตั้งผลิตภัณฑ์และสิ่งอำนวยความสะดวก มือจับ เติงที่ห้อยขา ลูกเองได้
- 4) หลังคา ขามบ้าน สวน ทางเดินรอบบ้าน ภายนอกอาคาร เช่น การปรับปรุงทางเดิน ทางลาด ราวจับ เติง และที่จอดรถ
- 5) รายละเอียดอื่นๆ เพื่อให้ที่อยู่อาศัยมีความมั่นคงแข็งแรงและปลอดภัย

แผนการดำเนินงาน/แผนการใช้จ่ายงบประมาณ

กิจกรรม	เป้าหมายการดำเนินงาน	แผนการดำเนินงาน
(ต.ค.-ธ.ค.)	ไตรมาส 1	
(ม.ค.-มี.ค.)	ไตรมาส 2	
(เม.ย.-มิ.ย.)	ไตรมาส 4	
(ก.ค.-ก.ย.)	ไตรมาส 4	

โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประจำปี 2563

จำนวนบ้าน.....หลัง / / / /

จำนวนเงิน.....บาท

4. ระยะเวลาดำเนินการ

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

5. งบประมาณ

จากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด..... จำนวนทั้งสิ้น.....บาท (.....) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายดังนี้.....(ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถ ปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ).....

6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ

อบจ. อบท. สถาบันบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้สูงอายุ หรือองค์กรอื่น ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. 2562 ข้อ 9 (2)

7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 7.1 ลดความเสี่ยงของอันตรายที่จะเกิดขึ้น และป้องกันความพิการซ้ำซ้อน
- 7.2 กลุ่มเป้าหมายตระหนักถึงความสามารถที่เหลืออยู่ และรู้คุณค่าของตนเอง
- 7.3 กลุ่มเป้าหมายสามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระไม่เป็นการก่อกวนผู้อื่น หรือเป็นภาระน้อย

ที่สุด

ผู้เสนอโครงการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้ตรวจสอบโครงการ

(.....)

ผู้อำนวยการกองส่งเสริมคุณภาพชีวิต

ผู้เห็นชอบโครงการ

(.....)

ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด.....

กรรมการ/เลขานุการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด.....

ผู้อนุมัติโครงการ

(.....)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด

ประธานกรรมการบริหารกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด.....

ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ

รายงานผลการดำเนินงาน โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ
ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	ที่อยู่	รายการปรับปรุงสภาพ แวดล้อม	ค่าใช้จ่าย (บาท)
1			-ห้องน้ำและห้องอาบน้ำ -บันได ติดตั้งราวจับ -ทางเดินภายในบ้าน ห้อง นอน เตียงนอน -หลังคา ขานบ้าน สวน ทางเดินรอบบ้าน ภายนอก อาคาร	
2				
3				
4				
รวม		หลัง		บาท

ตัวอย่าง

เอกสารหลักฐานประกอบการจัดสภาพแวดล้อม

- | | |
|---|-------------|
| 1. แบบคำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย (กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกช่อง) | จำนวน 1 ชุด |
| 2. รายงานการประชุมคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ | จำนวน 1 ชุด |
| 3. แบบประเมินการปรับสภาพแวดล้อม | จำนวน 1 ชุด |
| 4. แบบคำขอปรับสภาพแวดล้อม | จำนวน 1 ชุด |
| 5. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ | จำนวน 1 ชุด |
| 6. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ถ้ามี) | จำนวน 1 ชุด |
| 7. สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ | จำนวน 1 ชุด |
| 8. ภาพถ่ายสภาพบ้านหรือบริเวณที่จะดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย | จำนวน 1 ชุด |
| 9. หนังสือให้ความยินยอมในการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย จากเจ้าของกรรมสิทธิ์ที่ดิน <u>พร้อมแนบ</u> สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน รับรองสำเนา อย่างละ 1 ชุด (** กรณีเจ้าของที่ดินเสียชีวิต และยังไม่มีการโอน แบ่งที่ดินหรือแต่งตั้งผู้จัดการมรดก ให้บุตรทุกคน ภรรยา/สามีเจ้าที่ดิน เซ็นในหนังสือยินยอม พร้อมแนบเอกสารทุกคน หากบุตร/ภรรยา/สามีคนใดเสียชีวิตแล้วก็ให้แนบสำเนาใบมรณะบัตรด้วย) | |

ตัวอย่าง

แบบประมาณการค่าใช้จ่าย

แบบประเมินการปรับสภาพแวดล้อม/ค่าซ่อมแซม/ปรับปรุง

ชื่อเจ้าบ้าน/สถานที่จัดกิจกรรม..

สถานที่ดำเนินงานบ้านเลขที่

ผู้ประมาณการซื้อ.

ตำแหน่ง.

วันที่

[illegible]

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น

ระยะเวลาดำเนินงาน..

ภาพถ่ายก่อนดำเนินการ

ภาพถ่ายหลังดำเนินการ

ตัวอย่าง

แบบรายงานการปรับสภาพแวดล้อม/ปรับปรุง/ซ่อมแซมที่อยู่อาศัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัด.....

ที่	ชื่อ-สกุล /เลข ประจำตัว คนพิการ	อายุ (ปี)	ที่อยู่	ประเภทความ พิการ	รายละเอียดการปรับ สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย	งบประมาณ (บาท)	
						ที่ได้รับ	เบิกจ่าย

***หมายเหตุ หากดำเนินการเสร็จสิ้นแล้วให้รับดำเนินการรายงานให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัด..... ทราบโดย
ทันที พร้อมภาพถ่ายการดำเนินงาน ก่อน-หลัง การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

แบบคำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย
ให้แก่คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดฉะเชิงเทรา

๑. ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง).....นามสกุล.....
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
 เลขบัตรประจำตัวคนพิการ(ถ้ามี).....ประเภทความพิการ.....
 ลักษณะความพิการ(อธิบายพอสังเขป).....

 วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี อาชีพ.....
 รายได้.....บาทต่อเดือน/ปี ระดับการศึกษา.....

๒. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อบ้าน.....ตำบล.....
 อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

๓. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน ประกอบด้วย

ที่	ชื่อ - นามสกุล	อายุ (ปี)	เกี่ยวข้องเป็น	อาชีพ	การศึกษา	รายได้ (บาท/เดือน)	หมายเหตุ

๔. ลักษณะที่อยู่อาศัยปัจจุบัน

- ☐ บ้านเดี่ยว ☐ บ้านไม้ยกพื้น ☐ บ้านสองชั้น/ครึ่งตึกครึ่งไม้
☐ ทาวน์เฮาส์ ☐ ตึกแถว ☐ ห้องแถว
☐ บ้านแฝด ☐ อพาร์ทเมนต์ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
 พื้นที่.....ตารางวา

๕. ลักษณะการครอบครองที่อยู่อาศัย

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

๖. ลักษณะการครอบครองที่ดิน

- ☐ ที่ดินของตนเอง ☐ ที่ดินเช่าจาก (ระบุ).....
☐ อื่นๆ (ระบุ).....

๗. ประเภทผู้ประสบปัญหา

- ☐ ผู้พิการ ประเภทของความพิการ.....
ระดับความพิการ.....เลขบัตรประจำตัวคนพิการ.....
☐ ได้รับเบี้ยคนพิการ จำนวน.....บาท/เดือน จากหน่วยงาน.....
☐ ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพ
☐ ผู้สูงอายุ ที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
☐ ภาวะบกพร่องทางการมองเห็น
☐ ภาวะบกพร่องทางการได้ยินและการสื่อสาร
☐ ภาวะบกพร่องทางการเคลื่อนไหว
☐ ภาวะบกพร่องอื่นๆที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพ (ระบุ).....
☐ ได้รับเบี้ยผู้สูงอายุ จำนวน.....บาท/เดือน จากหน่วยงาน.....
☐ ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพ

หมายเหตุ กรณีเป็นผู้สูงอายุที่เข้าหลักเกณฑ์ ต้องมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพ

๘. ความช่วยเหลือ/สวัสดิการ/อุปกรณ์/เครื่องช่วย ที่เคยได้รับ

๑.จาก.....พ.ศ.ที่ได้รับ.....
๒.จาก.....พ.ศ.ที่ได้รับ.....
๓.จาก.....พ.ศ.ที่ได้รับ.....
๔.จาก.....พ.ศ.ที่ได้รับ.....

๙. สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ ตามความเป็นจริง)

- ☐ ไม่มีที่อยู่อาศัย ☐ ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง/ปลอดภัย ☐ ไม่มีผู้ดูแล/อาศัยอยู่คนเดียว
☐ ไม่มีรายได้ ☐ ฐานะยากจน ☐ ไม่มีทุนประกอบอาชีพ
☐ ไม่มีงานทำ ☐ เงินไม่พอใช้จ่าย ☐ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองไม่ได้
☐ ลำบากเมื่อจำเป็นต้องออกจากบ้าน ☐ ไม่ทราบวิธีปฏิบัติตัวที่เหมาะสมและถูกต้อง
☐ ญาติพี่น้องให้แยกออกมาอาศัยอยู่คนเดียว ☐ ไม่มีอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ
☐ ไม่มีโอกาสเรียนหนังสือ ☐ ไม่ได้ได้รับการรักษาพยาบาลหรือฟื้นฟูสภาพร่างกาย
☐ ไม่มีคนดูแลในตอนกลางวัน ต้องอยู่คนเดียว

๑๐. ความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ☐ ทางลาดเข้าสู่อาคาร/ภายในอาคาร ทางเดิน/ทางเชื่อม ☐ ประตู/หน้าต่าง
☐ ระบบไฟส่องสว่าง/ปลั๊กไฟ/สายไฟ ☐ บันได/ราวจับ
☐ ห้องนอน/ห้องพักที่อาศัย/ห้องครัว ☐ ห้องน้ำ/ห้องสุขา/ห้องอาบน้ำ
☐ พื้นบ้าน/ระเบียง/ชานบ้าน/ผนังบ้าน/หลังคาบ้าน
☐ อื่น ๆ (ระบุ)

การตรวจเยี่ยมบ้าน

วันเดือนปีที่ตรวจเยี่ยม.....

ชื่อ - สกุล เจ้าหน้าที่.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....

ลงชื่อ.....ผู้บันทึกข้อมูล
(.....)

ตำแหน่ง.....

...../...../.....

๑๑. ความคิดเห็นของผู้ประเมิน

☐ เห็นควรให้ความช่วยเหลือ

☐ ไม่เห็นควรให้ความช่วยเหลือ เนื่องจาก.....

.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (เจ้าหน้าที่ อปท.)
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
(.....) หรือนักกายภาพบำบัด)

หนังสือให้ความยินยอมในการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย
ให้แก่คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ที่อยู่ในระยะจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดฉะเชิงเทรา

ทำที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เป็น () เจ้าของบ้าน หรือ () สมาชิกใน
ครอบครัวที่ได้รับมอบหมายจากเจ้าของบ้านพักอาศัยเลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อบ้าน.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....ซึ่งเกี่ยวพันเป็น () บิดา () มารดา () สามี () ภรรยา
() บุตร () หลาน () อื่นๆ ระบุ.....ของ () คนพิการ () ผู้สูงอายุ
หรือ () ผู้ที่อยู่ในระยะจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ชื่อ.....นั้น
ขอทำหนังสือฉบับนี้ไว้ เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

๑. ข้าพเจ้าและครอบครัวได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของการซ่อมแซม/ปรับปรุง บ้านพักอาศัยให้แก่
คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ที่อยู่ในระยะจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามโครงการของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ
จังหวัดฉะเชิงเทรา

๒. ข้าพเจ้าและครอบครัวมีความประสงค์และยินยอมให้มีการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้
ตามรายการและระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่กำหนดทุกประการ

๓. เพื่อให้การดำเนินการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้ เป็นไปด้วยความเรียบร้อยด้วยดี
ข้าพเจ้าและบริวารหรือตัวแทนของข้าพเจ้า ชื่อ.....จะอยู่ร่วมมีร่วมแรง
ซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้ โดยไม่เรียกร้องค่าตอบแทนใดๆ ทั้งสิ้น

๔. ในกรณีมีเหตุสุดวิสัยหรือความเสียหายใดๆเกิดขึ้นในระหว่างการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัย
หลังนี้ โดยที่ข้าพเจ้าหรือตัวแทนของข้าพเจ้าได้รับรู้ด้วยแล้ว ข้าพเจ้าและครอบครัว จะไม่เรียกร้องค่าเสียหายและสิทธิ
ใดๆทั้งสิ้น จากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดฉะเชิงเทรา และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่อย่างใด

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ แบบเอกสารประกอบ ได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของบ้านพัก
อาศัยและคนพิการในครอบครัว

แบบประเมินสมรรถนะคนพิการหรือบุคคลที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพ
กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดฉะเชิงเทรา

รายการ	ความหมาย	สมรรถนะ คนพิการ
การมองเห็น	เห็นชัดเจนดี	
	เลือนรางเล็กน้อย อ่านหนังสือได้	
	เลือนรางปานกลาง อ่านหนังสือได้ แต่ใช้เวลานาน	
	เลือนรางมาก มองพอรูว่าเป็นใคร ตัวหนังสือพร่าเลือน	
	ตาบอดสนิท หรือเห็นแสง แต่บอกไม่ได้ว่าสิ่งที่เห็นคืออะไร	
การเดิน	เดินได้เหมือนคนปกติ	
	เดินได้เอง ไม่ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยฯ แต่ทำเดินไม่ปกติ	
	เดินได้เอง ไม่ต้องมีคนช่วย แต่ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยฯ	
	เดินได้ ใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยฯ และต้องมีคนพยุง	
	เดินเองไม่ได้เลย	
การทำความสะอาด ร่างกายตนเอง	อาบเองได้ ไม่ต้องมีใครช่วย	
	อาบน้ำเองได้ ต้องมีคนช่วยถู หรือดูแลทำความสะอาดให้ ส่วนใหญ่ทำด้วยตนเอง	
	อาบน้ำเองได้ แต่ต้องมีคนช่วยทำ หรือต้องบอกให้ทำ	
	ทำความสะอาดตัวเองเกือบไม่ได้ ต้องมีคนช่วยเป็นอย่างมาก	
	ญาติทำให้ทั้งหมด ดูแลตนเองไม่ได้เลย	
การใช้ห้องส้วมและ ทำความสะอาดหลัง ขับถ่าย	ทำได้เองไม่ต้องมีใครช่วย	
	ทำเองได้ ต้องมีคนช่วยดูแลทำความสะอาด	
	ทำไม่ได้เลย ต้องมีคนช่วยทำทั้งหมด	
การลุกขึ้นยืนจาก ท่านั่งยองๆ	ลุกขึ้นยืนได้เอง ไม่ต้องมีคนช่วย	
	ลุกขึ้นยืนได้เอง แต่ต้องมีที่ให้จับ ไม่ต้องมีคนช่วย	
	ลุกขึ้นยืนได้ แต่ต้องมีที่ให้จับ และต้องให้มีคนช่วยเล็กน้อย	
	ลุกขึ้นยืนได้ แต่ต้องมีที่ให้จับ และต้องมีคนช่วยเป็นอย่างมาก	
	ทำไม่ได้เลย ต้องให้คนช่วยทั้งหมด	
การลุกขึ้นยืนจาก ท่านั่งบนเก้าอี้ / เติง	ลุกขึ้นยืนได้เองไม่ต้องมีคนช่วย	
	ลุกขึ้นยืนได้เอง แต่ต้องมีที่ให้จับ ไม่ต้องมีคนช่วย	
	ลุกขึ้นยืนได้ แต่ต้องมีที่ให้จับ และต้องมีคนช่วยเล็กน้อย	
	ลุกขึ้นยืนได้ แต่ต้องมีที่ให้จับ และต้องมีคนช่วยเป็นอย่างมาก	
	ทำไม่ได้เลย ต้องมีคนช่วยทั้งหมด	
	ไม่ได้ใช้เตียงหรือเก้าอี้ได้เลย	

/การเคลื่อนที่...

รายการ	ความหมาย	สมรรถนะ คนพิการ
การเคลื่อนที่ในบ้าน	เคลื่อนที่ได้เอง ไม่ต้องมีคนช่วย	
	เคลื่อนที่ได้เอง ต้องมีคนดูแลห่างๆ	
	เคลื่อนที่ได้ ต้องมีคนช่วยในบางขั้นตอน	
	เคลื่อนที่ได้ ต้องมีคนช่วยอย่างมาก	
	ทำไม่ได้เลย นอนติดเตียง	
การเดินขึ้นลงบันได	ขึ้นลงบันไดได้เอง ไม่ต้องมีคนช่วย	
	ทำได้บ้าง แต่ต้องมีคนช่วย	
	ทำไม่ได้เลย	
	เป็นบ้านชั้นเดียว ไม่มีบันได	
การเคลื่อนที่นอกบ้าน	ออกไปได้เอง ไม่ต้องมีคนช่วย	
	ออกไปได้ แต่ต้องมีคนช่วย	
	ทำไม่ได้เลย	

หมายเหตุ โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องสมรรถนะที่ตรงกับความเป็นจริง

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
(.....) หรือนักกายภาพบำบัด)
ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง (เจ้าหน้าที่ อปท.)
(.....)
ตำแหน่ง.....

หนังสือรับรองความช่วยเหลือด้านการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย
(กรณีซ่อมบ้านผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง นายก.....

ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....

อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

ข้อมูลเบื้องต้น

☐ ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือด้านการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย(กรณีซ่อมบ้านผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง) จากหน่วยงานอื่นๆ

☐ เคยได้รับความช่วยเหลือด้านการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย(กรณีซ่อมบ้านผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง) จากหน่วยงาน.....
เมื่อปีพ.ศ.งบประมาณ.....รายละเอียดบริเวณที่มีการซ่อมแซม.....
.....
.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ หากมีหน่วยงานใดเรียกร้องว่าข้อมูลเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบต่อข้อเรียกร้องหรือความเสียหายที่เกิดขึ้น และข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายและสิทธิใดๆ ทั้งสิ้นจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดฉะเชิงเทรา แต่อย่างใด

ในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เพื่อเป็นการรับรอง

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง นายก.....

แบบฟอร์มการเขียนโครงการ

ตัวอย่าง

โครงการขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

โครงการ.....

1. หลักการและเหตุผล (สาเหตุและความจำเป็นต้องมีโครงการ)

2. วัตถุประสงค์ของโครงการ (แสดงความต้องการให้เกิดอะไรเพื่อประโยชน์ของประชาชนในจังหวัดที่ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ)

1.
2.
3.
4.

3. เป้าหมายของโครงการ (เป็นการคาดหวังล่วงหน้าในเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพถึงผลที่ประชาชนในจังหวัดที่ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพได้รับ)

1.
2.
3.
4.

4. วิธีดำเนินการ (การให้รายละเอียดในการดำเนินการ ทำอย่างไรเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลซึ่งรวมถึงระเบียบข้อบังคับ หลักเกณฑ์ หรือวิธีปฏิบัติในการใช้จ่ายเงิน)

5. ระยะเวลาในการดำเนินการ (ควรมีระยะเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดของโครงการ)

6. สถานที่ดำเนินการ (ควรระบุสถานที่ให้ชัดเจน)

7. ผู้รับผิดชอบโครงการ

/8. งบประมาณ...

8. งบประมาณ

8.1 ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจาก กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัด.....จำนวนเงิน
.....บาท (.....)

รายละเอียดประมาณการค่าใช้จ่ายปรากฏตามเอกสารแนบท้าย

9. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการนี้ (ก่อให้เกิดประโยชน์กับประชาชนในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ขอรับ
เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ อย่างไร)

1.
2.
3.
4.

ลงชื่อ.....ผู้เสนอโครงการ
(.....)

ตำแหน่ง.....
(ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ)

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบโครงการ
(.....)

ตำแหน่ง.....
(ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ)

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติโครงการ
(.....)

ตำแหน่ง.....
(ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ)

หมายเหตุ ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจะต้องเขียนโครงการให้ละเอียดเพื่อให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพพิจารณาว่า
เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน
ฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. 2562

ตัวอย่าง

แบบประมาณการค่าใช้จ่าย

รายละเอียดประมาณการค่าใช้จ่ายแนบท้าย

โครงการ.....

ลำดับที่	รายการค่าใช้จ่าย	จำนวนเงิน (บาท)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
รวม		

(ตัวหนังสือ) (.....)

หมายเหตุ ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจะต้องแสดงรายละเอียดประมาณการค่าใช้จ่ายเพื่อให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ พิจารณาว่าอยู่ในอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายหรือไม่

ตัวอย่าง
แบบรายงานผลการดำเนินงาน

รายงานผลการดำเนินงานตามโครงการที่ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ
โครงการ.....

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

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

1. หน่วยงานที่ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ.....

2. งบประมาณ

2.1 งบประมาณของโครงการที่ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ.....บาท

2.2 งบประมาณที่ได้ใช้ในการดำเนินงานโครงการ.....บาท

2.3 งบประมาณคงเหลือ.....บาท (ถ้ามี)

3. ผลการดำเนินการ

3.1 ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพขอรายงานผลการดำเนินงานโครงการ ตามบันทึกข้อตกลงการรับเงินกองทุน
ฟื้นฟูสมรรถภาพ เลขที่...../.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ได้รับดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของ
โครงการ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....และเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

3.2 ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพขอส่งสำเนาเอกสารใบเสร็จรับเงินหรือเอกสารหลักฐานอื่น จำนวน.....
ฉบับจำนวนเงิน.....บาท (.....) ของการดำเนินการตามโครงการที่ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟู
สมรรถภาพมาพร้อมหนังสือนี้เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตรวจสอบต่อไป

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

3.4 ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับ (เขียนให้เห็นว่าเกิดประโยชน์กับประชาชนในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่
ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างไร).....

4. ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพไม่สามารถดำเนินการตามโครงการได้ เนื่องจาก.....จึงขอส่งเงิน
คืน จำนวน.....บาท (.....) มาพร้อมหนังสือนี้

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

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ กรณีองค์กรประชาชนและองค์กรการกุศลลงนามไม่น้อยกว่าสามคน

ตัวอย่าง
แบบติดตามและประเมินผลการใช้จ่ายเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

ชื่อโครงการ.....
ชื่อหน่วยงาน / กลุ่ม / องค์กรอื่น
วงเงินสนับสนุน.....บาท (.....)

ตามคำสั่งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัด..... ที่/..... ได้แต่งตั้งคณะทำงานติดตาม
และประเมินผลการใช้จ่ายเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ โครงการ.....ซึ่งได้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ
ให้แก่.....

บัดนี้ โครงการดังกล่าวให้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว คณะทำงานฯ จึงได้ดำเนินการประเมินผลการใช้จ่ายเงินกองทุน
ฟื้นฟูสมรรถภาพดังกล่าว โดยมีรายละเอียดดังนี้
ผลการติดตามและประเมินผล

1.รายการค่าใช้จ่ายที่มีใช้จ่ายเงิน ดังนี้

ที่	รายการ	จำนวน (หน่วย)	เป็นเงิน (บาท)	รวมเป็นเงิน (บาท)
รวมเป็นเงิน				

2.การตรวจสอบการใช้จ่ายเงินและการดำเนินกิจกรรม

ที่	รายการ	ถูกต้อง	ไม่ ถูกต้อง	หมายเหตุ
1	รายการค่าใช้จ่ายทุกรายการถูกต้องตามที่ได้รับอนุมัติ			
2	มีหลักฐานการเบิกจ่ายถูกต้อง ครบถ้วนทุกรายการ			
3	มีการดำเนินการครบถ้วนทุกกิจกรรมและบรรลุตามวัตถุประสงค์แล้ว			

3.การตรวจสอบเงินเหลือจ่าย

() มีเงินเหลือจ่าย.....บาท

() ไม่มีเงินเหลือจ่าย

ตัวอย่าง
แบบบันทึกข้อตกลงการรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

เลขที่...../.....

บันทึกข้อตกลงการรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัด.....

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

บันทึกนี้ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินโครงการที่ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระหว่าง กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัด..... กับ..... (ชื่อหน่วยงานที่ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ) โดย

1. นาย/นาง/นางสาว..... บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
2. นาย/นาง/นางสาว..... บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
3. นาย/นาง/นางสาว..... บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ในฐานะ (ตำแหน่งผู้รับผิดชอบโครงการ) ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ” ฝ่ายหนึ่ง กับ (กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัด.....) โดย นาย/นาง/นางสาว..... ในฐานะ นายกองคการ บริหารส่วนจังหวัด..... ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ” อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำบันทึกข้อตกลงกัน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ตกลงจะดำเนินการโครงการ..... ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “โครงการ” ตามที่ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัด..... ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน..... บาท (.....) และผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ มีเงินสมทบ จำนวน..... บาท (.....) ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย แผนการดำเนินงานของโครงการตามเอกสารแนบท้ายบันทึกข้อตกลงนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติตามที่ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. 2562

2. หากผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ดำเนินการตามโครงการหรือดำเนินการไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการ หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติที่กำหนด ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพยินยอมคืนเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วหรือค่าใช้จ่ายอื่นใด อันเกิดจากการดำเนินการไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการหรือไม่ดำเนินการตามโครงการให้แก่ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือแต่อย่างใดและผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายใดๆ ที่เกิดขึ้น เว้นแต่ การไม่ดำเนินการหรือดำเนินการไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการนั้น เกิดจากเหตุสุดวิสัย พันวิสัย หรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งมีได้เกิดจากการกระทำของผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

ในกรณีที่ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพไม่คืนเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้ว รวมทั้งค่าใช้จ่ายอื่นใดให้แก่ผู้ให้
เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพยินยอมเสียดอกเบี้ยตามอัตราที่กฎหมายกำหนดนับแต่วันที่ได้รับ
เงินจากผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งยินยอมให้ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัด.....ดำเนินคดี
ได้ตามกฎหมาย

3. ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจะต้องจัดให้มีระเบียบ ข้อบังคับ หลักเกณฑ์หรือวิธีปฏิบัติในการจะนำเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้รับจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัด.....ไปใช้จ่ายได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

4. ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีเงินร่วมสมทบ เมื่อได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพแล้วในการดำเนินโครงการจะต้องใช้จ่ายเงินงบประมาณของตนเองก่อนเป็นลำดับแรก

5. ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพยินยอมและยินดีอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานที่ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพแต่งตั้งเข้าร่วมติดตามและประเมินผลโครงการที่ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

6. เมื่อดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของโครงการเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพต้องรายงานผลการดำเนินการพร้อมรายงานการใช้จ่ายเงินและสำเนาใบเสร็จรับเงินหรือเอกสารหลักฐานอื่นให้ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทราบ ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่โครงการแล้วเสร็จ และหากมีเงินเหลือจ่ายให้ส่งคืน กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัด.....พร้อมการรายงานผลการดำเนินการดังกล่าว

หากผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพไม่รายงานผลการดำเนินการ ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพของสวนสัตว์ที่จะไม่พิจารณาสนับสนุนงบประมาณให้โอกาสต่อไป และหากผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพไม่คืนเงินเหลือจ่าย ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพยินยอมให้ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพดำเนินคดีได้ตามกฎหมาย พร้อมยินยอมเสียดอกเบี้ยตามที่กฎหมายกำหนด

บันทึกข้อตกลงนี้ทำขึ้นเป็นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน โดยมอบให้ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพหนึ่งฉบับ และผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ หนึ่งฉบับ

ทั้งสองฝ่ายได้อ่านและมีความเข้าใจข้อความตามบันทึกข้อตกลงนี้โดยตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ
(.....)

ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ).....พยาน ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ
(.....)

ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ).....พยาน ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ
(.....)

ตำแหน่ง.....

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

ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ).....พยาน ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ
(.....)

ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ).....พยาน ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ
(.....)

ตำแหน่ง.....