**แบบฟอร์มโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง**

**สรุปแผนการดูแลรายบุคคล และค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่**

**ส่วนที่ ๑ : โครงการ**

เรียน ประธานคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อบต./เทศบาล) ................... อำเภอ ................. จังหวัด ......................

 ด้วย ระบุชื่อ หน่วยบริการ/สถานบริการ /ศูนย์พัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุในชุมชน) อำเภอ ................. จังหวัด.................... มีความประสงค์จะจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (อบต./เทศบาล) ................... โดยขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศฯเป็นค่าบริการดูแลระยะยาวฯ(เหมาจ่าย)ต่อคนต่อปี จำนวน ........... คน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน ................ บาท (..........................บาทถ้วน) รายละเอียด มีดังนี้

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| กลุ่มติดบ้าน | กลุ่มติดเตียง | รวม |
| กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน | กลุ่มที่ ๒กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย | กลุ่มที่ ๓กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน/การขับถ่ายหรือเจ็บป่วยรุนแรง | กลุ่มที่ ๔กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต |
| จำนวน(คน) | ค่าบริการ(บาท) | จำนวน(คน) | ค่าบริการ(บาท) | จำนวน(คน) | ค่าบริการ(บาท) | จำนวน(คน) | ค่าบริการ(บาท) | จำนวน(คน) | ค่าบริการ(บาท) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการดูแลระยะยาวฯ(เหมาจ่าย)ต่อคนต่อปี เพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณาสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวฯ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

**ระยะเวลาดำเนินการ**(ระบุตามวันเริ่มต้น และวันสิ้นสุดการให้บริการตามแผนการดูแลรายบุคคล)………………

ลงชื่อ ..................................................... ผู้จัดทำโครงการ

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

ตำแหน่ง ผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงานที่จัดบริการ

(ระบุชื่อ หน่วยบริการ/สถานบริการ /ศูนย์พัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุในชุมชน)

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