**ส่วนที่ ๓ : ผลการพิจารณาโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง**

(สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

การประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ ..... /…….. เมื่อวันที่ ...... เดือน.............. พ.ศ. ....... ได้พิจารณาโครงการของ (ระบุชื่อหน่วยบริการ/สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพฯ) เขตพื้นที่ (อบต./เทศบาล) ........... อำเภอ ......... จังหวัด ................ ตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สรุปแผนการดูแลรายบุคคล และค่าบริการดูแลระยะยาวฯ(เหมาจ่าย)ต่อคนต่อปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยที่ประชุมมีมติดังนี้

**อนุมัติ** โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แผนการดูแลรายบุคคล และค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ (ระบุชื่อหน่วยบริการ/ สถานบริการ /ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน) จำนวน ........... คน เป็นเงินทั้งสิ้นจำนวน ................. บาท (........................................................................บาทถ้วน) โดยเบิกจากบัญชีเงินฝากกองทุนหลักประกันสุขภาพ…………….(ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)…เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ............บาท (............................บาทถ้วน)

รายละเอียดตามตาราง

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

**ไม่อนุมัติ**

เนื่องจาก.......................................................................................................................................

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

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

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

ประธานอนุกรรมการ

คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

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

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

*หมายเหตุ แจ้งผลการพิจารณาเพื่อ อปท.ทำการเบิกจ่ายต่อไป*