

**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด**

**เรื่อง** ขอเสนอโครงการส่งเสริมพัฒนาการด้านการพูดและการเคลื่อนไหวเพื่อสุขภาพสำหรับผู้พิการ

**เรียน** ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด

ศูนย์บริการคนพิการบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล มีความประสงค์จะจัดทำโครงการส่งเสริมพัฒนาการด้านการพูดและการเคลื่อนไหวเพื่อสุขภาพสำหรับผู้พิการ ในปีงบประมาณ 2564 โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด เป็นเงินทั้งสิ้น 15,100 บาท(หนึ่งหมื่นห้าพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน)โดยมีรายละเอียดโครงการ ดังนี้ โดยมีรายละเอียดโครงการ ดังนี้

**ส่วนที่ ๑ : รายละเอียดโครงการ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียด)**

**๑.หลักการและเหตุผล**

ศูนย์บริการคนพิการบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล จัดตั้งขึ้นโดยองค์กรภาคประชาชน ชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล ในการส่งเสริมและช่วยเหลือผู้พิการและผู้ดูแลให้เข้าถึงสิทธิและให้ได้มาด้วยสิทธิอันพึงจะได้รับตามกฎหมายในทุกด้าน รวมถึงการฟื้นฟูและพัฒนาสมรรถภาพผู้พิการตามศักยภาพและความสามารถของแต่ละบุคคล โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาเด็กพิการให้มีพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และสติปัญญาที่เหมาะสมกับวัย ความสามารถและความแตกต่างระหว่างบุคคล เป็นการเตรียมความพร้อมที่จะเรียนรู้และสร้างรากฐานชีวิตให้พัฒนาเด็กไปสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ เป็นคนดี มีวินัย รวมถึงคุณภาพชีวิตของครอบครัวคนพิการและผู้ดูแลให้ดีขึ้นอยู่ร่วมสังคมอย่างปกติสุข

ดังนั้น ศูนย์บริการคนพิการบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล ตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญของเด็กพิเศษ จึงริเริ่ม “โครงการส่งเสริมพัฒนาการด้านการพูดและการเคลื่อนไหวเพื่อสุขภาพสำหรับผู้พิการ” ขึ้น เพื่อให้เด็กพิเศษมีพัฒนาการด้านต่างๆดีขึ้นโดยใช้โทรศัพท์เป็นเทคโนโลยีช่วยในการทำกิจกรรมการฝึกพูดและทำกิจกรรมการเคลื่อนไหวพัฒนาศักยภาพทางร่างกายและลดการกระตุ้นตนเอง จากปัญหาของระบบการรับรู้และขบวนการทำงานของระบบข้อต่อของกลไกกล้ามเนื้อ โดยมีเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการฯเป็นผู้นำและดูแลการจัดกิจกรรมทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล นอกจากนี้เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลนำเทคโนโลยีมาช่วยในการพัฒนาผู้พิการและการร่วมกิจกรรมทางสังคมเป็นกลุ่ม

**๒. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

|  |  |
| --- | --- |
| **วัตถุประสงค์** | **ตัวชี้วัดความสำเร็จ** |
| ๑. เพื่อฝึกทักษะพัฒนาการทางการพูดและการสื่อสารนำไปสู่การบอกความต้องการของผู้พิการได้ | มีผู้พิการร้อยละ 100 ได้รับบริการทักษะพัฒนาการทางการพูดและการสื่อสารสัปดาห์ละไม่น้อยกว่า 2 วัน |
| ๒. เพื่อฝึกทักษะการเคลื่อนไหวของร่างกายและกลไกการทำงานของกล้ามเนื้อ สามารถออกกำลังกายได้ทำให้มีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง ลดสภาวการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการออกกำลังกาย | มีผู้พิการร้อยละ 100 ได้รับบริการฝึกทักษะการเคลื่อนไหวของร่างกายและกลไกการทำงานของกล้ามเนื้อ สัปดาห์ละไม่น้อยกว่า 2 วัน |

**๓. กลุ่มเป้าหมาย**

ผู้พิการศูนย์บริการคนพิการบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล จำนวน 20 คน

ผู้พิการทั่วไปในจังหวัดสตูล

**๔. วิธีดำเนินการ**

กิจกรรมหลักและกิจกรรมย่อย

|  |  |
| --- | --- |
| **กิจกรรม** | **ระบุวัน/ช่วงเวลา** |
| 1.ประชุมวางแผนการดำเนินงานและเตรียมความพร้อม  1.1 ประชุมเพื่อจัดทำโครงการและเสนอโครงการ  1.2 ประชุมชี้แจงแผนงาน และมอบผู้ดำเนินงาน  1.3 ดำเนินการจัดซื้อและติดตั้งโทรทัศน์และระบบสัญญาณ | 1 ตุลาคม 2563  ถึง 30 พฤศจิกายน 2563 |
| ๒. จัดให้บริการฝึกทักษะพัฒนาการทางการพูดและการสื่อสาร  ทุกวันจันทร์-วันเสาร์ เวลา 09.00-15.00 น.  (ยกเว้นมีประกาศหยุดเป็นกรณี)  โดยมีอัตราส่วนผู้ให้บริการ 1 คน ผู้รับบริการ 5 คน | 1 ธันวาคม 2563  ถึง 30 สิงหาคม 2564 |
| ๓. จัดให้บริการฝึกทักษะการเคลื่อนไหวของร่างกายและกลไกการทำงานของกล้ามเนื้อ  ทุกวันจันทร์-วันเสาร์ เวลา 09.00-15.00 น.  (ยกเว้นมีประกาศหยุดเป็นกรณี)  โดยมีอัตราส่วนผู้ให้บริการ 1 คน ผู้รับบริการ 5 คน | 1 ธันวาคม 2563  ถึง 30 สิงหาคม 2564 |
| 4. สรุปและประเมินผลโครงการ พร้อมรายงานผลต่อกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด | ภายหลัง ๓๐ วัน  หลังเสร็จสิ้นโครงการ |

**๕. ระยะเวลาดำเนินการ**

ธันวาคม 2563 - กันยายน ๒๕๖๔

**๖. สถานที่ดำเนินการ**

ศูนย์บริการคนพิการบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล หมู่ที่ 7 ซอยคลองขุด 23 ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

**๗. งบประมาณ**

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด ประเภทที่ ๓ สนับสนุนให้ศูนย์เด็กเล็กหรือศูนย์ชื่ออื่น หรือศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ จำนวน 15,100 บาท รายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

1. ค่าซื้อโทรทัศน์ 42 นิ้วพร้อมอุปกรณ์ เพื่อการเคลื่อนไหว 1 เครื่อง เป็นเงิน 5,500 บาท

2. ค่าซื้อโทรทัศน์ 32 นิ้วพร้อมอุปกรณ์ เพื่อการพูด 1 เครื่อง เป็นเงิน 4,500 บาท

3. ค่าติดตั้งพร้อมอุปกรณ์สายไฟ เป็นเงิน 1,000 บาท

4. ค่าลำโพงเคลื่อนที่เล็กพร้อมไมค์ 2 ชุดๆละ 1,500 บาท เป็นเงิน 3,000 บาท

5. ค่าไวนิลประชาสัมพันธ์และสรุปงานอย่างละ 1 แผ่นๆละ 300 บาท เป็นเงิน 600 บาท

6. ค่าวัสดุอุปกรณ์อื่นๆที่ใช้และการถ่ายเอกสารจัดทำรายงาน 2 เล่ม เป็นเงิน 500 บาท

**รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 15,100 บาท (หนึ่งหมื่นห้าพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน)**

**\*\*\* ขอถัวจ่ายทุกรายการตามที่จ่ายจริง**

**หมายเหตุ** งบประมาณต่าง ๆ สามารถถัวจ่ายกันได้ตามการจ่ายจริง กิจกรรม สถานที่และเวลาสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม

**๘. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

**ผลผลิต**

1. มีผู้พิการร้อยละ 100 ได้รับบริการทักษะพัฒนาการทางการพูดและการสื่อสารสัปดาห์ละไม่น้อยกว่า 2 วัน

2. มีผู้พิการร้อยละ 100 ได้รับบริการฝึกทักษะการเคลื่อนไหวของร่างกายและกลไกการทำงานของกล้ามเนื้อ สัปดาห์ละไม่น้อยกว่า 2 วัน

**ผลลัพธ์**

ผู้พิการและผู้ดูแล มีความตระหนักถึงการออกกำลังกาย ทำให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงโดยการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องทุกวัน ลดสภาวการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการออกกำลังกาย

**9. ชื่อองค์กร “คณะกรรมการศูนย์บริการคนพิการบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล”** กลุ่มคน (ระบุ 5 คน)

**ที่ปรึกษา**

๑. นายสุนทร ชูบัณฑิต ประธานชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล

๒. นางสาวนาฏนธี ผิวเหลือง ผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านมะนัง

**คณะกรรมการ**

๑. นายสมบูรณ์ สุวาหลำ ผู้อำนวยการ

๒. นายอาลี เล็มโดย รองผู้อำนวยการ

๓. นางสาวจริน ซ้ายเส้ง เหรัญญิก

๔. นางสาวสุพิชชา เกตุทอง กรรมการ/ฐานข้อมูล

๕. นายสมมิตร แท่นประมูล กรรมการ/ฝ่ายกิจกรรม

๖. นางวันดี วิริยะกิจ กรรมการ/ฝ่ายประชาสัมพันธ์

๗. นางฮาเดี๊ยะ เล่ห์ทองคำ กรรมการ

๘. นางสมใจ ลักษณาวงศ์ กรรมการ

๙. นางสาวรุ้งพิรุณ แดงเหม กรรมการ/เลขานุการ

**๙. ผู้รับผิดชอบโครงการ**

ชื่อ นายสมบูรณ์ สุวาหลำ

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการศูนย์บริการคนพิการบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล

เบอร์โทรศัพท์ 084-312-1048 , 091-048-5728

ที่อยู่ตามทะเบียน บ้านเลขที่ 49 หมู่ที่ 4 ตำบลเกาะสาหร่าย อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

ที่พัก บ้านเลขที่ 576 หมู่ที่ 7 ซอยคลองขุด 23 ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

**๑๐. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง ๑ รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)**

***๑๐.๑ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ* (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๗)**

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ศูนย์บริการคนพิการบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล

๑๐.๑.๑ หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.

๑๐.๑.๒ หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล

๑๐.๑.๓ หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.

๑๐.๑.๔ หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน

๑๐.๑.๕ กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

**๑๐.๒ ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)**

๑๐.๒.๑ สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ ๗(๑)]

๑๐.๒.๒ สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ ๗(๒)]

๑๐.๒.๓ สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ ๗(๓)]

๑๐.๒.๔ สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๗(๔)]

๑๐.๒.๕ สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ ๗(๕)]

**๑๐.๓ กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. ๒๕๕๗)**

๑๐.๓.๑ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

๑๐.๓.๒ กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

๑๐.๓.๓ กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

๑๐.๓.๔ กลุ่มวัยทำงาน

๑๐.๓.๕ กลุ่มผู้สูงอายุ

๑๐.๓.๖ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

๑๐.๓.๗ กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

๑๐.๓.๘ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

**๑๐.๔ กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

๑๐.๔.๑ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

๑๐.๔.๑.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

๑๐.๔.๑.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

๑๐.๔.๑.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

๑๐.๔.๑.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

๑๐.๔.๑.๕ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

๑๐.๔.๑.๖ การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

๑๐.๔.๑.๗ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

๑๐.๔.๑.๘ อื่นๆ (ระบุ) .........................................................................................

๑๐.๔.๒ กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

๑๐.๔.๒.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

๑๐.๔.๒.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

๑๐.๔.๒.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

๑๐.๔.๒.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

๑๐.๔.๒.๕ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

๑๐.๔.๒.๖ การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

๑๐.๔.๒.๗ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

๑๐.๔.๒.๘ อื่นๆ (ระบุ) ...........................................................................................

๑๐.๔.๓ กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

๑๐.๔.๓.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

๑๐.๔.๓.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

๑๐.๔.๓.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

๑๐.๔.๓.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

๑๐.๔.๓.๕ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและ

อารมณ์

๑๐.๔.๓.๖ การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

๑๐.๔.๓.๗ การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

๑๐.๔.๓.๘ การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑๐.๔.๓.๙ อื่นๆ (ระบุ) ...........................................................................................

๑๐.๔.๔ กลุ่มวัยทำงาน

๑๐.๔.๔.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

๑๐.๔.๔.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

๑๐.๔.๔.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

๑๐.๔.๔.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

๑๐.๔.๔.๕ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

๑๐.๔.๔.๖ การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

๑๐.๔.๔.๗ การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

๑๐.๔.๔.๘ การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑๐.๔.๔.๙ อื่นๆ (ระบุ)............................................................................................

๑๐.๔.๕ กลุ่มผู้สูงอายุ

๑๐.๔.๕.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

๑๐.๔.๕.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

๑๐.๔.๕.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

๑๐.๔.๕.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

๑๐.๔.๕.๕ การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

๑๐.๔.๕.๖ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

๑๐.๔.๕.๗ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

๑๐.๔.๕.๘ อื่นๆ (ระบุ) ...........................................................................................

๑๐.๔.๖ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

๑๐.๔.๖.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

๑๐.๔.๖.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

๑๐.๔.๖.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

๑๐.๔.๖.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

๑๐.๔.๖.๕ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

๑๐.๔.๖.๖ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

๑๐.๔.๖.๗ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๑๐.๔.๖.๘ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

๑๐.๔.๖.๙ อื่นๆ (ระบุ) ...........................................................................................

๑๐.๔.๗ กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

๑๐.๔.๗.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

๑๐.๔.๗.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

๑๐.๔.๗.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

๑๐.๔.๗.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

๑๐.๔.๗.๕ การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

๑๐.๔.๗.๖ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

๑๐.๔.๗.๗ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

๑๐.๔.๗.๘ อื่นๆ (ระบุ) ...........................................................................................

๑๐.๔.๘ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

๑๐.๔.๘.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

๑๐.๔.๘.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

๑๐.๔.๘.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

๑๐.๔.๘.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

๑๐.๔.๘.๕ การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อ

สุขภาพ

๑๐.๔.๘.๖ อื่น ๆ (ระบุ) ..........................................................................................

ลงชื่อ......................................................ผู้เสนอโครงการ

นายสมบูรณ์ สุวาหลำ

ผู้อำนวยการศูนย์บริการคนพิการบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล

วันที่ ......28..ตุลาคม..2563....

**ส่วนที่ ๒ : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)**

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด 10/2563 เมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2563 ผลการพิจารณาโครงการ ดังนี้

**อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนโครงการส่งเสริมพัฒนาการด้านการพูดและการเคลื่อนไหวเพื่อสุขภาพสำหรับผู้พิการ จำนวน ...15,100...บาท

เพราะ เป็นการส่งเสริมให้เด็กพิเศษมีพัฒนาการด้านต่างๆดีขึ้นโดยใช้โทรศัพท์เป็นเทคโนโลยีช่วยในการทำกิจกรรมการฝึกพูดและทำกิจกรรมการเคลื่อนไหวพัฒนาศักยภาพทางร่างกายและลดการกระตุ้นตนเอง จากปัญหาของระบบการรับรู้และขบวนการทำงานของระบบข้อต่อของกลไกกล้ามเนื้อ

**ไม่อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

เพราะ ............................................................................................................................... ............................................................................................................................................................

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

ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม **(ส่วนที่ 3)**

ภายใน 30 วัน หลังจากเสร็จสิ้นโครงการ ในปีงบประมาณ 256๔

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

(นายนันต์ ปิริยะ)

ตำแหน่ง ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

เทศบาลตำบลคลองขุด

วันที่-เดือน-พ.ศ

**กำหนดการกิจกรรมที่ ๑**

**กิจกรรมอบรมการผลิตสื่อ เก้าอี้เสริมพัฒนาการสำหรับเด็กพิการ จำนวน ๒ วัน**

**วันที่.................................................**

**ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล**

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

|  |  |
| --- | --- |
| **เวลา** | **กิจกรรม** |
| **วันที่ ๑**  ๐๘.๐๐ – ๐๘.๓๐น | ลงทะเบียน |
| ๐๘.๓๐ - ๐๙.๐๐ น. | พิธีเปิดและบรรยายพิเศษ  (โดย นายกเทศมนตรีตำบลคลองขุด) |
| ๐๙.๐๐ – ๑๒.๐๐ น. | อบรมให้ความรู้เรื่อง สื่อ สิ่งอำนวยความสะดวกและความช่วยเหลืออื่นๆให้เด็กพิเศษ |
| ๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐ น. | พักรับประทานอาหารกลางวัน |
| ๑๓.๐๐ -๑๖.๓๐ น. | ผู้ปกครองผลิตสื่อ เก้าอี้เสริมพัฒนาการสำหรับเด็กพิการ |
| **วันที่ ๒**  ๐๘.๐๐ - ๐๙.๐๐ น | ลงทะเบียน |
| ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. | ผู้ปกครองผลิตสื่อ เก้าอี้เสริมพัฒนาการสำหรับเด็กพิการ(ต่อ) |
| ๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐ น. | พักรับประทานอาหารกลางวัน |
| ๑๓.๐๐ - ๑6.๐๐ น | อบรมให้ความรู้เรื่องการใช้เก้าอี้เสริมพัฒนาการ |
| ๑6.๐๐ - ๑๖.๓๐ น. | พิธีมอบสื่อ เก้าอี้เสริมพัฒนาการสำหรับเด็กพิการ  พิธีปิด |

หมายเหตุ ๑. กำหนดการนี้อาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม

๒. พักรับประทานอาหารว่าง ภาคเช้า ๑๐.๓๐ – ๑๐.๓๕ น. ภาคบ่าย ๑๔.๓๐ – ๑๔.๔๕ น.

**กำหนดการกิจกรรมที่ ๒**

**กิจกรรมอบรมให้ความรู้ด้านการดูแลและส่งเสริมสุขภาพอนามัยในเด็กพิเศษ**

**เรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและตรวจสุขภาพให้กับเด็กพิเศษ**

**วันที่.................................................**

**ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล**

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

|  |  |
| --- | --- |
| **เวลา** | **กิจกรรม** |
| ๐๘.๐๐ - ๐๘.๓๐ น. | ลงทะเบียน |
| ๐๘.๓๐ - ๐๙.๐๐ น. | พิธีเปิดและบรรยายพิเศษ  (โดย นายกเทศมนตรีตำบลคลองขุด) |
| ๐๙.๐๐ – ๑๑.๐๐ น. | อบรมให้ความรู้การปกป้องตนเองและคนรอบตัว การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19  (โดย เจ้าหน้าที่จากสาธารณสุขจังหวัดสตูล และคณะ) |
| ๑๑.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. | การดูแลสุขภาพอนามัยเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังติดเตียง  (โดย เจ้าหน้าที่จากสาธารณสุขจังหวัดสตูล และคณะ) |
| ๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น. | พักรับประทานอาหารกลางวัน |
| ๑๓.๐๐ - ๑๔.๐๐ น. | ให้ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปาก สุขภาพร่างกาย และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น  (โดย เจ้าหน้าที่จากสาธารณสุขจังหวัดสตูล และคณะ ) |
| ๑๔.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. | ตรวจสุขภาพช่องปาก และสุขภาพร่างกายนักเรียนศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดสตูล  (โดย เจ้าหน้าที่จากสาธารณสุขจังหวัดสตูล และคณะ ) |
| ๑๖.๐๐ น. | พิธีปิด |

หมายเหตุ ๑. กำหนดการนี้อาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม

๒. พักรับประทานอาหารว่าง ภาคเช้า ๑๐.๓๐ – ๑๐.๓๕ น. ภาคบ่าย ๑๔.๓๐ – ๑๔.๔๕ น.