**แบบฟอร์มเสนอโครงการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดแพร่**

1. ชื่อโครงการ................................................................................................................
2. ข้อมูลทั่วไป
	1. หน่วยงาน องค์กร ที่ขอรับการสนับสนุน..............................................................

􀀀 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 􀀀 สถานบริการ

􀀀 หน่วยบริการ 􀀀 หน่วยงานสาธารณสุข

􀀀 หน่วยงานอื่น 􀀀 กลุ่มคนพิการ

􀀀 กลุ่มผู้สูงอายุ

􀀀 องค์กรอื่นๆ ที่จัดตั้งเพื่อดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

* 1. ที่อยู่ เลขที่...........หมู่................ตำบล................อำเภอ.................จังหวัด................

รหัสไปรษณีย์............................โทรศัพท์............................โทรสาร...........................

Email.........................................................................................................................

* 1. ประเภทกิจกรรม

􀀀 เพื่อสนับสนุนการดำเนินการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งรวมถึงค่าใช้จ่ายในการจัดหา ซ่อมแซม และเคลื่อนย้ายอุปกรณ์เพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นตามสภาพของบุคคลนั้นๆ

􀀀 เพื่อสนับสนุนการดำเนินการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐานเพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น

* 1. เอกสารประกอบการพิจารณา

􀀀 แบบกองทุน (กรณีเครื่องช่วยกายอุปกรณ์และอุปกรณ์ที่เกี่ยวกับบริการ

 ทางการแพทย์)

􀀀 แบบกองทุน (กรณีปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย)

1. หลักการและเหตุผล

............................................................................................................................................

............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

1. วัตถุประสงค์โครงการ

.........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. วิธีดำเนินการ

..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. กลุ่มเป้าหมาย

จำนวน ............ คน แยกเป็นประเภท

􀀀 คนพิการ จำนวน ................... คน

􀀀 ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน แต่ยังไม่เข้าเกณฑ์คนพิการ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน ................ คน

􀀀 ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน จำนวน .................. คน

􀀀 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน .................. คน

1. ระยะเวลาดำเนินการ

..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................

..............................................................................................................................................

1. งบประมาณ

จากงบประมาณกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดแพร่ จำนวน ........................... บาท

(.........................................................) รายละเอียดดังนี้

* ค่า ............................................................................ เป็นเงิน .................... บาท
* ค่า ............................................................................ เป็นเงิน .................... บาท
* ค่า ............................................................................ เป็นเงิน .................... บาท
* ค่า ............................................................................ เป็นเงิน .................... บาท
* ค่า ............................................................................ เป็นเงิน .................... บาท
1. ผู้รับผิดชอบโครงการ

..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................

..............................................................................................................................................

1. การติดตามและประเมินผล

..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................

1. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. ผู้เขียนโครงการ /ผู้เสนอโครงการ

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

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

 ตำแหน่ง.........................................

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

1. ผู้ตรวจสอบโครงการ

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

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

 ตำแหน่ง.........................................

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

1. ผู้เห็นชอบโครงการ

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

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

 ตำแหน่ง.........................................

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

1. ผู้อนุมัติโครงการ

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

 ( )

 นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดแพร่

 ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดแพร่

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