ด่วนที่สุด

ที่ พช ๐๐๒๓.๘/ว ๔๕๖๐

ที่ว่าการอำเภอชนแดน
ถนนชมฐีระเวช พช ๖๗๑๕๐

๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

เรื่อง แนวทางการดำเนินโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพิ่มเติม

เรียน นายกเทศมนตรีตำบล และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ทุกแห่ง

อ้างถึง หนังสืออำเภอชนแดน ด่วนที่สุด ที่ พช ๐๐๒๓.๘/ว ๔๑๓๔ ลงวันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๓

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือจังหวัดเพชรบูรณ์ ด่วนที่สุด ที่ พช ๐๐๒๓.๓/ว ๕๗๕๗
ลงวันที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ อำเภอชนแดนได้แจ้งโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้จ่ายจากเงินกู้ภายใต้แผนฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ และสำนักงบประมาณได้จัดสรรงบประมาณรายจ่ายแผนงานฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแจ้งบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้ารับการฝึกอบรม ระหว่างวันที่ ๑๔ – ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๓ ณ โรงแรมโฆษิตฮิลล์ อำเภอเมืองเพชรบูรณ์ โรงพยาบาลประจำอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

จังหวัดเพชรบูรณ์ได้รับแจ้งจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นว่า เพื่อให้การปฏิบัติงานของจังหวัดเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงปรับปรุงแนวทางการดำเนินโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพิ่มเติม และขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณาดำเนินการตามแนวทางที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่ส่งมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายพิทยา ดวงพัตรา)
ปลัดอำเภอ(เจ้าพนักงานปกครองชำนาญการพิเศษ) รักษาราชการแทน
นายอำเภอชนแดน

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอ
โทร. ๐๕๖ – ๗๖๑๕๗๖

ที่ว่าการอำเภอชนแดน
เลขที่ 4572
วันที่ ๖ พ.ย. ๖๓
เวลา.....

ด่วนที่สุด
ที่ พช ๐๐๒๓.๓/ว๕๗๕๗

ศาลากลางจังหวัดเพชรบูรณ์
ถนนสระบุรี - หล่มสัก พช ๖๗๐๐๐

๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

เรื่อง แนวทางการดำเนินโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพิ่มเติม

เรียน นายอำเภอ ทุกอำเภอ นายกเทศมนตรีเมืองเพชรบูรณ์ นายกเทศมนตรีเมืองหล่มสัก และนายกเทศมนตรีเมืองวิเชียรบุรี

อ้างถึง หนังสือจังหวัดเพชรบูรณ์ ด่วนที่สุด ที่ พช ๐๐๒๓.๓/ว ๕๑๙๒ ลงวันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๖๓

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๑๙.๒/ว ๓๔๐๓ ลงวันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ จังหวัดเพชรบูรณ์ได้แจ้งโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้จ่ายจากเงินกู้ภายใต้แผนฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ และสำนักงบประมาณได้จัดสรรงบประมาณรายจ่ายแผนงานฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแจ้งบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้ารับการฝึกอบรมตามโครงการดังกล่าว ระหว่างวันที่ ๑๔ – ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๓ ณ โรงแรมโฆษิตฮิลล์ อำเภอเมืองเพชรบูรณ์ โรงพยาบาลประจำอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รายละเอียดตามที่อ้างถึง นั้น

จังหวัดเพชรบูรณ์ได้รับแจ้งจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นว่า เพื่อให้การปฏิบัติงานของจังหวัดเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงปรับปรุงแนวทางการดำเนินโครงการดังกล่าว เพิ่มเติม และขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณาดำเนินการตามแนวทางที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑. แนวทางการจ่ายค่าตอบแทนอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ข้อ ๓.๑ วรรคท้าย เมื่อคำนวณเงินค่าตอบแทนแล้วเสร็จ ให้รายงานเสนอต่อปลัดเทศบาล หรือปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อรับรองเอกสารหลักฐานดังกล่าว เพื่อขอเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น **แก้ไขเป็น เมื่อคำนวณเงินค่าตอบแทนแล้วเสร็จ ให้รายงานเสนอต่อปลัดเทศบาล หรือปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อรับรองเอกสารหลักฐานดังกล่าว และจัดทำเป็นหนังสือส่งให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด เพื่อดำเนินการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนให้แก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น**

ข้อ ๓.๒ การเบิกจ่ายเงินให้แก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ให้เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล ขอเบิกเงินค่าตอบแทนที่ได้คำนวณไว้ตามข้อ ๔.๑ **แก้ไขเป็น การเบิกจ่ายเงินให้แก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ให้เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล รับรองเอกสารหลักฐานค่าตอบแทนที่ได้คำนวณไว้ตามข้อ ๓.๑ พร้อมสำเนาเอกสารหลักฐานบัญชีการลงเวลาการปฏิบัติหน้าที่**

/๒. การจัดทำแผน....

๒. การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ดำเนินการตามแนวทางการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) โดยสามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์ https://qrgo.page.link/A๕mZC หรือ QR code ท้ายหนังสือนี้
รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการ สำหรับอำเภอให้แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายณรงค์ศักดิ์ หอมมาลัย)
รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดเพชรบูรณ์

(นายวันชัย ศิรารอด)
เจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ

(นายอำเภอ กวงพา)
หัวหน้ากลุ่มงานอำนวยการ

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด
กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น
โทร. ๐-๕๖๗๒-๙๗๘๑

(นายพิทยา ควงพัตรา)
ปลัดอำเภอ(เจ้าพนักงานปกครองชำนาญการพิเศษ) รักษาราชการแทน
นายอำเภอชนแดน

ศาลากลางจังหวัดเพชรบูรณ์
เลขที่รับ ๒๗๓๘๗
วันที่ - ๕ พ.ย. ๒๕๖๓
เวลา

ด่วนที่สุด

ที่ มท ๐๘๑๙.๒/ว ๓๕๐๗

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
ถนนนครราชสีมา เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

สถจ.เพชรบูรณ์
เลขรับ ๑๐๓๙๒
วันที่ - ๕ พ.ย. ๒๕๖๓
เวลา

เรื่อง แนวทางการดำเนินโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพิ่มเติม

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

อ้างถึง หนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๑๙.๒/ว ๓๐๕๗ ลงวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓

สิ่งที่ส่งมาด้วย แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) จำนวน ๑ ชุด

ตามที่กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น แจ้งจัดสรรงบประมาณและแนวทางการดำเนินโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้จังหวัดดำเนินการและแจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รายละเอียดตามหนังสือที่อ้างถึง นั้น

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้รับแจ้งจากสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด แนวทางการฝึกอบรมและการจ่ายค่าตอบแทนอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นตามแนวทางที่กำหนดไว้ ว่าไม่มีความคล่องตัวและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อให้การปฏิบัติงานของจังหวัดเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงปรับปรุงแนวทางการดำเนินโครงการดังกล่าว เพิ่มเติม ดังนี้

๑. แนวทางการประมาณการค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมโครงการฯ ให้สามารถเบิกจ่ายได้เท่าที่จ่ายจริง และเป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมการจัดงาน และการประชุมระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๙ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

๒. แนวทางการจ่ายค่าตอบแทนอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ข้อ ๓.๑ วรรคท้าย เมื่อคำนวณเงินค่าตอบแทนแล้วเสร็จ ให้รายงานเสนอต่อปลัดเทศบาลหรือปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อรับรองเอกสารหลักฐานดังกล่าว เพื่อขอเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น แก้ไขเป็น **เมื่อคำนวณเงินค่าตอบแทนแล้วเสร็จ ให้รายงานเสนอต่อปลัดเทศบาลหรือปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อรับรองเอกสารหลักฐานดังกล่าว และจัดทำเป็นหนังสือส่งให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด เพื่อดำเนินการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนให้แก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น**

ข้อ ๓.๒ การเบิกจ่ายเงินให้แก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ให้เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล ขอเบิกเงินค่าตอบแทนที่ได้คำนวณไว้ตามข้อ ๔.๑ **แก้ไขเป็น การเบิกจ่ายเงินให้แก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ให้เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลรับรองเอกสารหลักฐานค่าตอบแทนที่ได้คำนวณไว้ ตามข้อ ๓.๑**

๓. กรณีผู้เข้ารับการอบรมไม่ผ่านหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุขั้นกลาง จำนวน ๗๐ ชั่วโมง ทำให้ทางราชการได้รับความเสียหาย จึงมีความจำเป็นต้องเรียกเก็บค่าใช้จ่ายแก่ผู้เข้ารับการอบรม ซึ่งทางราชการเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายดังกล่าว โดยถือปฏิบัติ ดังนี้

๓.๑ ผู้เข้ารับการอบรมเข้ารับการฝึกอบรมครบตามระยะเวลาการฝึกอบรมที่จังหวัดกำหนด แต่ไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรดังกล่าว ให้จังหวัดพิจารณาคิดค่าใช้จ่ายแก่ผู้เข้ารับการอบรม จำนวน ๙,๕๐๐ บาท ต่อคน

/๓.๒ ผู้เข้ารับ...

๓.๒ ผู้เข้ารับการอบรมเข้ารับการฝึกอบรมไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ในแผนการฝึกอบรมในช่วงวันและเวลาใดของจังหวัด ให้จังหวัดพิจารณาคิดค่าใช้จ่ายจากผู้เข้ารับการอบรมฯ ตามสัดส่วนค่าใช้จ่ายที่จ่ายไปแล้วแก่ผู้เข้ารับการอบรมฯ โดยไม่รวมค่าตอบแทนวิทยากร เพื่อคืนเงินค่าใช้จ่ายดังกล่าวให้แก่จังหวัด

๓.๓ กรณีมีเหตุสุดวิสัยทำให้ผู้เข้ารับการอบรมไม่สามารถเข้ารับการฝึกอบรมตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ในแผนของจังหวัด เช่น ลาคลอดบุตร ป่วยจนไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ หรือประสบอุบัติเหตุ โดยมีหลักฐานมาแสดง ไม่ต้องเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้เข้ารับการอบรม

๓.๔ ผู้เข้ารับการอบรมมีเหตุผลความจำเป็นอื่นที่ไม่สามารถเข้ารับการฝึกอบรมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ในแผนการฝึกอบรมของจังหวัด เช่น ลาป่วย ลาสอบ และลากิจส่วนตัว และยินยอมเข้ารับการฝึกอบรมในโครงการฯ (เพิ่มเติม) เพื่อให้ครบตามจำนวนชั่วโมงที่กำหนดไว้ในหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุขั้นกลาง จำนวน ๗๐ ชั่วโมง ให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดจัดฝึกอบรมให้แก่บุคคลดังกล่าว ทั้งนี้ ให้เบิกค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมแก่บุคคลดังกล่าว โดยให้อยู่ในกรอบค่าใช้จ่ายของผู้เข้ารับการอบบรมฯ เฉลี่ย ๙,๕๐๐ บาทต่อคน

๔. เร่งรัดการจัดฝึกอบรมฯ ให้แล้วเสร็จภายในเดือนตุลาคม ๒๕๖๓ เพื่อให้อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นสามารถปฏิบัติหน้าที่ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๓ - เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ (ระยะเวลา ๑๒ เดือน) หากไม่สามารถจัดฝึกอบรมฯ แล้วเสร็จจากที่กำหนดไว้ ให้ขยายระยะเวลาการจัดฝึกอบรมให้แล้วเสร็จ ภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๓ เพื่อให้อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นสามารถปฏิบัติหน้าที่ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายในเดือนธันวาคม ๒๕๖๓ - เดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๔ (ระยะเวลา ๑๒ เดือน) ทั้งนี้ ให้รายงานผลการดำเนินการและการเบิกจ่ายเงินตามโครงการฯ ทั้ง ๒ กิจกรรม พร้อมทั้งปัญหา/อุปสรรค และแนวทางการแก้ไข ให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ทุกวันที่ ๓ ของเดือน ตามแบบที่กำหนดในหนังสือที่อ้างถึง

๕. การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ดำเนินการตามแนวทางการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) รายละเอียดสิ่งที่ส่งมาด้วย สามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์ https://qrgo.page.link/A5mZC หรือ QR code ท้ายหนังสือนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายประยูร รัตนเสนีย์)
อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

กองสาธารณสุขท้องถิ่น
โทรศัพท์ ๐-๒๒๔๑-๗๒๒๕/๐๘-๑๑๗๔-๓๗๓๘
ผู้ประสานงาน นางสาวสุจิตรา ดาวเรือง/
นางสาวสุพรรณนิภา เยื่อใย

-ตัวอย่าง-

การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Plan) โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ข้อมูลผู้สูงอายุ : ชื่อ-สกุล..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... อายุ.....ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน ..... หมายเลขโทรศัพท์ ..... ADL = ...
ข้อมูลอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น : ชื่อ-สกุล.....หมายเลขโทรศัพท์ ..... สังกัดหน่วยงาน.....

หมวด	กิจกรรม	เวลา	ความถี่
1. การดูแลกิจวัตรประจำวัน	○ การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย กับการแต่งตัว	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 – 09.00 น. ○ 09.00 – 10.00 น. ○ 10.00 – 11.00 น. ○ 11.00 – 12.00 น. ○ 12.00 – 13.00 น ○ 13.00 – 14.00 น. ○ 14.00 – 15.00 น. ○ 15.00 – 16.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	○ การช่วยเหลือเคลื่อนย้าย หรือการพลิกตะแคงตัว	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 – 09.00 น. ○ 09.00 – 10.00 น. ○ 10.00 – 11.00 น. ○ 11.00 – 12.00 น. ○ 12.00 – 13.00 น ○ 13.00 – 14.00 น. ○ 14.00 – 15.00 น. ○ 15.00 – 16.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	○ การช่วยเหลือรับประทานอาหาร	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 – 09.00 น. ○ 09.00 – 10.00 น. ○ 10.00 – 11.00 น. ○ 11.00 – 12.00 น. ○ 12.00 – 13.00 น ○ 13.00 – 14.00 น. ○ 14.00 – 15.00 น. ○ 15.00 – 16.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	○ การช่วยเหลือการขับถ่าย	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 – 09.00 น. ○ 09.00 – 10.00 น. ○ 10.00 – 11.00 น. ○ 11.00 – 12.00 น. ○ 12.00 – 13.00 น ○ 13.00 – 14.00 น. ○ 14.00 – 15.00 น. ○ 15.00 – 16.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	○ อื่นๆ ระบุ.....	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 – 09.00 น. ○ 09.00 – 10.00 น. ○ 10.00 – 11.00 น. ○ 11.00 – 12.00 น. ○ 12.00 – 13.00 น ○ 13.00 – 14.00 น. ○ 14.00 – 15.00 น. ○ 15.00 – 16.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
2. การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน	○ การพยาบาลพื้นฐาน	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 – 09.00 น. ○ 09.00 – 10.00 น. ○ 10.00 – 11.00 น. ○ 11.00 – 12.00 น. ○ 12.00 – 13.00 น ○ 13.00 – 14.00 น. ○ 14.00 – 15.00 น. ○ 15.00 – 16.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์

หมวด	กิจกรรม	เวลา	ความถี่
	○ การฟื้นฟูสมรรถภาพเบื้องต้น และการออกกำลังกาย/กายภาพเบื้องต้น	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 – 09.00 น. ○ 09.00 – 10.00 น. ○ 10.00 – 11.00 น. ○ 11.00 – 12.00 น. ○ 12.00 – 13.00 น ○ 13.00 – 14.00 น. ○ 14.00 – 15.00 น. ○ 15.00 – 16.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	○ การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 – 09.00 น. ○ 09.00 – 10.00 น. ○ 10.00 – 11.00 น. ○ 11.00 – 12.00 น. ○ 12.00 – 13.00 น ○ 13.00 – 14.00 น. ○ 14.00 – 15.00 น. ○ 15.00 – 16.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	○ การทำแผลเบื้องต้น	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 – 09.00 น. ○ 09.00 – 10.00 น. ○ 10.00 – 11.00 น. ○ 11.00 – 12.00 น. ○ 12.00 – 13.00 น ○ 13.00 – 14.00 น. ○ 14.00 – 15.00 น. ○ 15.00 – 16.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	○ การประเมินสัญญาณชีพ	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 – 09.00 น. ○ 09.00 – 10.00 น. ○ 10.00 – 11.00 น. ○ 11.00 – 12.00 น. ○ 12.00 – 13.00 น ○ 13.00 – 14.00 น. ○ 14.00 – 15.00 น. ○ 15.00 – 16.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	○ ดูแลเรื่องยาเบื้องต้น	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 – 09.00 น. ○ 09.00 – 10.00 น. ○ 10.00 – 11.00 น. ○ 11.00 – 12.00 น. ○ 12.00 – 13.00 น ○ 13.00 – 14.00 น. ○ 14.00 – 15.00 น. ○ 15.00 – 16.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	○ การประเมินภาวะซึมเศร้า	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 – 09.00 น. ○ 09.00 – 10.00 น. ○ 10.00 – 11.00 น. ○ 11.00 – 12.00 น. ○ 12.00 – 13.00 น ○ 13.00 – 14.00 น. ○ 14.00 – 15.00 น. ○ 15.00 – 16.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	○ การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 – 09.00 น. ○ 09.00 – 10.00 น. ○ 10.00 – 11.00 น. ○ 11.00 – 12.00 น. ○ 12.00 – 13.00 น ○ 13.00 – 14.00 น. ○ 14.00 – 15.00 น. ○ 15.00 – 16.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	○ การดูแลสายสวนต่างๆ เบื้องต้น	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 – 09.00 น. ○ 09.00 – 10.00 น. ○ 10.00 – 11.00 น. ○ 11.00 – 12.00 น. ○ 12.00 – 13.00 น ○ 13.00 – 14.00 น. ○ 14.00 – 15.00 น. ○ 15.00 – 16.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	○ อื่นๆ ระบุ.....	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 – 09.00 น. ○ 09.00 – 10.00 น. ○ 10.00 – 11.00 น. ○ 11.00 – 12.00 น. ○ 12.00 – 13.00 น ○ 13.00 – 14.00 น. ○ 14.00 – 15.00 น. ○ 15.00 – 16.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
3. การดูแลสิ่งแวดล้อมและการประสานงาน	○ การทำความสะอาดบ้าน	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 – 09.00 น. ○ 09.00 – 10.00 น. ○ 10.00 – 11.00 น. ○ 11.00 – 12.00 น. ○ 12.00 – 13.00 น ○ 13.00 – 14.00 น. ○ 14.00 – 15.00 น. ○ 15.00 – 16.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	○ ดูแลสถานที่ให้พื้นที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 – 09.00 น. ○ 09.00 – 10.00 น. ○ 10.00 – 11.00 น. ○ 11.00 – 12.00 น. ○ 12.00 – 13.00 น ○ 13.00 – 14.00 น. ○ 14.00 – 15.00 น. ○ 15.00 – 16.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	○ จัดมุมพักผ่อนสำหรับผู้สูงอายุในบริเวณบ้าน	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 – 09.00 น. ○ 09.00 – 10.00 น. ○ 10.00 – 11.00 น. ○ 11.00 – 12.00 น. ○ 12.00 – 13.00 น ○ 13.00 – 14.00 น. ○ 14.00 – 15.00 น. ○ 15.00 – 16.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์

หมวด	กิจกรรม	เวลา	ความถี่
	○ ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้นกับครอบครัว	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 – 09.00 น. ○ 09.00 – 10.00 น. ○ 10.00 – 11.00 น. ○ 11.00 – 12.00 น. ○ 12.00 – 13.00 น ○ 13.00 – 14.00 น. ○ 14.00 – 15.00 น. ○ 15.00 – 16.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	○ การพาไปพบแพทย์	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 – 09.00 น. ○ 09.00 – 10.00 น. ○ 10.00 – 11.00 น. ○ 11.00 – 12.00 น. ○ 12.00 – 13.00 น ○ 13.00 – 14.00 น. ○ 14.00 – 15.00 น. ○ 15.00 – 16.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	○ ประสานความร่วมมือช่วยเหลือและการส่งต่อกับหน่วยงานต่างๆ	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 – 09.00 น. ○ 09.00 – 10.00 น. ○ 10.00 – 11.00 น. ○ 11.00 – 12.00 น. ○ 12.00 – 13.00 น ○ 13.00 – 14.00 น. ○ 14.00 – 15.00 น. ○ 15.00 – 16.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	○ อื่นๆ ระบุ.....	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 – 09.00 น. ○ 09.00 – 10.00 น. ○ 10.00 – 11.00 น. ○ 11.00 – 12.00 น. ○ 12.00 – 13.00 น ○ 13.00 – 14.00 น. ○ 14.00 – 15.00 น. ○ 15.00 – 16.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์

หมายเหตุ การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องได้รับการบริการจากบุคลากรในหลากหลายภาคส่วน เช่น นักกายภาพบำบัด พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข Caregiver อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เป็นต้น ดังนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำเป็นต้องประสานความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การจัดทำแผนการดูแล (Care Plan) และการจัดบริการดูแลผู้สูงที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นมาตรฐานและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ตัวอย่าง

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำเดือน.....พ.ศ. 2563

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

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ : **เลขบัตรประจำตัวประชาชน :** **วันเดือนปีเกิด :** **อายุ :** ปี	**ที่อยู่ :** **เบอร์โทรศัพท์ :**	**วินิจฉัย : ADL=** **TAI=** **กลุ่มที่ :** **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :**
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต **ผู้สูงอายุ :** ☐ ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ☐ อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ☐ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ☐ อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ☐ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ☐ อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น **ญาติ :** ☐ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ☐ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ☐ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน ☐ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ ☐ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน ☐ รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....	**แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม** **(รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)** ☐ กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ ☐ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ☐ ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ☐ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม ☐ มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ ☐ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ☐ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☐ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ☐ ไม่เกิดแผลกดทับ	**ข้อควรระวังในการให้บริการ** ☐ การกินอาหาร/สำลักอาหาร ☐ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย ☐ การพลัดตกหกล้ม ☐ การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพ้ยา ☐ การหลงทาง ☐ ข้อติด/หรือข้อเท้าตก ☐ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ☐ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย ☐ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

- ☐ กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- ☐ กลืนลำบาก
- ☐ ความสามารถในการมองเห็น
- ☐ ความสามารถในการได้ยิน
- ☐ ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
- ☐ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- ☐ ช่องปากไม่สะอาด
- ☐ ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- ☐ มีความอ่อนแรงของกำลังมือแขน ขา
- ☐ มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือกปากแห้ง
- ☐ รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
- ☐ สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- ☐ ลักษณะที่อยู่อาศัย
- ☐ ไม่สามารถทานอาหารเองได้
- ☐ ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- ☐ ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง

บริการอื่นๆ

- ☐ ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน
- ☐ พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/
- ☐ โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ
- ☐ รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ)
- ☐ ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม
- ☐ ได้รับการส่งเสริมอาชีพ
- ☐ ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน

- ☐ ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ☐ ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ☐ แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ☐ ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ☐ ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด
- ☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ☐ ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ด
- ☐ อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ☐ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ☐ ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ☐ .....
- .....
- ☐ .....
- .....

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)

*** อุปกรณ์ทางการแพทย์**

- ☐ Syring
- ☐ Urine bag
- ☐ สาย NG tube
- ☐ สาย Foley's cath
- ☐ เครื่องผลิตออกซิเจน
- ☐ เครื่องพ่นยา
- ☐ อุปกรณ์ทำแผล
- ☐ เครื่องดูดเสมหะ
- ☐ เตียง
- ☐ ที่นอนลม
- ☐ .....
- ☐ .....

*** กายอุปกรณ์**

- ☐ กระดานบริหารข้อเข่า
- ☐ กระดานล้อเลื่อน
- ☐ ดัมเบลยกน้ำหนัก
- ☐ ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
- ☐ รถเข็นนั่ง
- ☐ ไม้ค้ำยัน
- ☐ ไม้เท้าช่วยพยุง
- ☐ ไม้ฝึกกำลังแขน
- ☐ ไม้ยืดน่อง
- ☐ รอกเคลื่อนไหว
- ☐ ราวฝึกยืนและเดิน
- ☐ .....
- ☐ เตียงฝึกยืน
- ☐ เครื่องช่วยฟัง
- ☐ แว่นสายตา
- ☐ .....

	กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
	การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)		เลข 1 = ทุก 2 ชม.
	การล้างหน้า / แปรงฟัน		เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
	การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
	การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
	การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวเผินๆ		เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
	การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด		เลข 6 = วันเว้นวัน
	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ		เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
	การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน		เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง
	การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง
	การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางปาก*		เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง
	การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด*ทางสายยาง(NG tube)*		เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
	การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม		เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
	การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด		เลข 13 = ทำครั้งเดียว
	การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ		เลข 14 = อื่นๆ.....
	การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		
	การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		
	การดูแลสวนอุจจาระ / ล้วงอุจจาระ / ฝึกการกลั้นปัสสาวะ		
	การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		
	การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก		
	การทำแผลกดทับ		
	การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		
	การอ่านหนังสือ /สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		
	การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		
	สุคนธ์บำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		
	การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม		

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
	การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	
	การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	
	การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
	การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	
	การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	
	การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
	การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- ตื่นนอน
- ล้างหน้า
- ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ
- ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็น โดย
- อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ
- ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ
- การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- การออกกำลังกาย
- การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ
- การสวดมนต์
- การนอนหลับ
- .....

ผู้จัดทำ :

(.....)

เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

(ใส่ชื่อเทศบาล/อบต.)

ผู้รับผิดชอบ :

(.....)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

(ใส่ชื่อ เทศบาล / อบต.)

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

1)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....

2)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : .....

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

สำเนาคู่ฉบับ

ด่วนที่สุด

ที่ พช ๐๐๒๓.๘/ว ๕๑๓๕

ที่ว่าการอำเภอชนแดน
ถนนชมฐีระเวช พช ๖๗๑๕๐

๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๓

เรื่อง โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เรียน นายกเทศมนตรีตำบล และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ทุกแห่ง

อ้างถึง หนังสืออำเภอชนแดน ด่วนที่สุด ที่ พช ๐๐๒๓.๘/ว ๓๐๒๗ ลงวันที่ ๔ สิงหาคม ๒๕๖๓

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือจังหวัดเพชรบูรณ์ ด่วนที่สุด ที่ พช ๐๐๒๓.๓/ว ๕๑๙๒
ลงวันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๖๓ จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ อำเภอชนแดนได้แจ้งแนวทางการขับเคลื่อนโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้แผนงาน/โครงการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศรับสมัครและคัดเลือกบุคคลที่ประสงค์เข้ารับการอบรมฯ แห่งละ ๒ คน ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

จังหวัดเพชรบูรณ์ได้รับแจ้งจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นว่า คณะรัฐมนตรีได้มีมติ เมื่อวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓ อนุมัติโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้จ่ายจากเงินกู้ภายใต้แผนฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ และสำนักงบประมาณได้จัดสรรงบประมาณเป็นเงินอุดหนุนเฉพาะกิจให้แก่เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อเป็นค่าตอบแทนให้แก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น จำนวน ๗,๗๗๔ แห่ง แห่งละ ๒ คน คนละ ๕,๐๐๐ บาท ระยะเวลา ๑๒ เดือน จึงขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ ดังนี้

๑.ให้ถือปฏิบัติเป็นไปตามแนวทางการจ่ายค่าตอบแทนอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นฯ

๒.แจ้งบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกเข้ารับการฝึกอบรมเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นทราบ โดยจังหวัดเพชรบูรณ์ได้กำหนดจัดฝึกอบรมฯ ดังนี้

- ภาคทฤษฎี จำนวน ๔ วัน ระหว่างวันที่ ๑๔ – ๑๗ ตุลาคม ๒๕๖๓ ณ ห้องศรีเทพ โรงแรมโฆษิตฮิลล์ อำเภอเมืองเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยให้มารายงานตัวในวันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๓ เวลา ๐๘.๐๐ น. ณ สถานที่ฝึกอบรม (ห้องศรีเทพ โรงแรมโฆษิตฮิลล์) พร้อมแบบรับรองบุคคลที่ได้รับการคัดเลือก

- ภาคปฏิบัติ จำนวน ๕ วัน ระหว่างวันที่ ๑๙ – ๒๒ ตุลาคม ๒๕๖๓ และวันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๓ ณ โรงพยาบาลประจำอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตจังหวัดเพชรบูรณ์

รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่ส่งมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายพิทยา ดวงพัตรา)
ปลัดอำเภอ(เจ้าพนักงานปกครองชำนาญการพิเศษ) รักษาราชการแทน
นายอำเภอชนแดน

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอ
โทร. ๐๕๖ – ๗๖๑๕๗๖