



เหล่ากาชาดจังหวัดปัตตานี
The Provincial Red Cross Chapter of Pattani

ประกาศเหล่ากาชาดจังหวัดปัตตานี

เรื่อง รับสมัครผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในการรับมอบ “ไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน”

สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดปัตตานี มีความประสงค์รับสมัครผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในการรับมอบ “ไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน” โดยไม่จำกัดจำนวนตามข้อเท็จจริงของความต้องการของผู้ป่วยตามโครงการไม้เท้าเลเซอร์ช่วยเดินพระราชทาน เอลิมเพรเกียร์ดี สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง เพื่อให้ผู้ป่วยใช้เป็นอุปกรณ์ช่วยเพิ่มความมั่นคงในการก้าวเดิน และใช้แสงเลเซอร์ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยก้าวเดินได้ง่ายขึ้น ซึ่งได้รับพระมหากรุณาธิคุณจาก สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี อุปนายิกาผู้อำนวยการสภากาชาดไทย พระราชทานนามไม้เท้านี้ว่า “ไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน” เมื่อปี พ.ศ.๒๕๖๓ และมีวัตถุประสงค์จะมอบ “ไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน” ให้แก่ผู้ป่วยโรคดังกล่าวในชุมชนของแต่ละจังหวัด โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. คุณสมบัติของผู้ผ่านการคัดเลือก

- ๑) มีภูมิลำเนาอยู่ในทะเบียนบ้านในพื้นที่ของจังหวัดปัตตานี ติดต่อกันมาแล้วไม่น้อยกว่า ๖ เดือน
- ๒) มีสัญชาติไทย เชื้อชาติไทย
- ๓) มีรายได้สุทธิของครอบครัวต่อคน/ต่อปี ไม่เกิน ๓๐,๐๐๐ บาท หากมีรายได้เกินกว่า ๓๐,๐๐๐ บาท แต่มีเหตุผลความจำเป็นสมควรได้รับความช่วยเหลือ ให้อยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการฯ
- ๔) มีใบรับรองแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคพาร์กินสันที่แพทย์โรงพยาบาลสังกัดรัฐออกให้ภายในระยะเวลาไม่เกิน ๑ ปี นับแต่วันรับสมัคร
- ๕) ยินยอมให้ความร่วมมือกับศูนย์พาร์กินสันฯ ในการประเมิน อาการเดินติด ก้าวขาไม่ออก เมื่อได้รับการร้องขอ

๒. การรับสมัคร

๒.๑ วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

๑) รับสมัคร ณ สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดปัตตานี ถนนเดชา ตำบลสะบารัง อำเภอเมืองปัตตานี จังหวัดปัตตานี ระหว่างวันที่ ๒๕ มิถุนายน ถึงวันที่ ๘ กรกฎาคม ๒๕๖๓ ในวัน เวลา ราชการ

๒) ผู้สนใจ (ผู้ป่วย) สอบถามรายละเอียด และขอรับใบสมัครด้วยตนเองได้ที่ สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดปัตตานี หรือสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๗๓๓๔-๔๒๑๔ โรงพยาบาลในชุมชน/ที่ว่าการอำเภอทุกอำเภอ/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๓) การยื่นใบสมัคร ยื่นด้วยตนเอง พร้อมเอกสาร และหลักฐานที่กำหนด ณ สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดปัตตานี

/๒.๒ หลักฐาน...

๒.๒ หลักฐานที่ต้องนำมายื่น พร้อมใบสมัคร

- ๑) ใบรับรองแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน ที่แพทย์ออกให้ภายในระยะเวลา ๑ ปี
จำนวน ๑ ฉบับ
- ๒) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
- ๓) สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
- ๔) แบบฟอร์มลงทะเบียนผู้ขอรับไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน จำนวน ๑ ฉบับ
(สามารถรับเอกสารได้ที่สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดปัตตานี/โรงพยาบาลในชุมชน/ที่ว่าการอำเภอทุกอำเภอ/
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)
- ๕) แบบประเมินอาการเดินติด ก้าวขาไม่ออกด้วยตนเอง ฉบับภาษาไทย และแบบ
บันทึกตามอาการล้มฉบับภาษาไทย (Falls Diary Thai Version) จำนวน ๑ ชุด (สามารถรับเอกสารได้ที่
สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดปัตตานี/โรงพยาบาลในชุมชน/ที่ว่าการอำเภอ ทุกอำเภอ/องค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น)

๓. เงื่อนไขการรับสมัคร

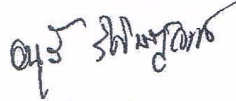
ให้เฉพาะผู้ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจากคณะกรรมการพิจารณากลั่นกรอง คัดเลือกกลุ่ม
ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ที่มีความต้องการไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน ระดับจังหวัด (หรือผู้ปกครองที่ดูแลผู้ป่วย)
เท่านั้น กรอกข้อมูลผ่านระบบ QR Code ได้ ก็ให้กรอกข้อมูลตามแบบฟอร์ม แบบลงทะเบียน แบบประเมิน
อาการฯ และแบบบันทึกติดตามอาการฯ ของผู้ป่วยแต่ละราย

๔. วิธีการคัดเลือก และการประกาศรายชื่อผู้สมัครผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในการรับมอบ
“ไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน”

ผู้สมัครต้องเข้ารับการกลั่นกรองด้วยตนเองต่อคณะกรรมการพิจารณากลั่นกรอง คัดเลือก
กลุ่มผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ที่มีความต้องการไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน ระดับจังหวัด เพื่อประกอบการพิจารณา
กลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติ และหลักเกณฑ์การคัดเลือกตามที่สภากาชาดไทย กำหนด เรียงตามลำดับ
ความสำคัญไม่จำกัดจำนวนตามข้อเท็จจริงของความต้องการของผู้ป่วย เพื่อรวบรวมรายชื่อส่งให้
สภากาชาดไทย ภายในวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๓ ต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๓

เหล่ากาชาดจังหวัดปัตตานี



(นางอนุรี วิศิษฎ์วงศ์)

นายกเหล่ากาชาดจังหวัดปัตตานี

แบบฟอร์มลงทะเบียนผู้รับไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้รับไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน

- มีใบรับรองแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน ที่แพทย์ออกให้ภายในระยะเวลา 1 ปี
- ยินดีให้ความร่วมมือกับศูนย์พาร์กินสันฯ ในการประเมินอาการเดินติด ก้าวขาไม่ออก (ข้อมูลของท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน)

ข้อมูลส่วนตัว	
1.	ชื่อ.....นามสกุล.....
2.	อายุ.....ปี
3.	เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
4.	เบอร์โทรศัพท์ (ควรเป็นโทรศัพท์เคลื่อนที่)
5.	e-mail: Line ID: (ถ้ามีข้อมูล)
6.	ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... อาคาร/หมู่บ้าน..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
7.	ท่านเป็นโรคพาร์กินสันหรือไม่ ☐ เป็น ☐ ไม่เป็น
	ท่านเป็นโรคพาร์กินสันมาแล้กี่ปี ☐ น้อยกว่า 2 ปี ☐ 2-5 ปี ☐ 5-10 ปี ☐ มากกว่า 10 ปี
8.	โรงพยาบาลที่ท่านรับการรักษาโรคพาร์กินสันในปัจจุบัน