

ท่านที่ทุก

ที่ ปช ๐๔๑๘/ว

เองสวัสดิการและสังคม

เลขที่รับ ๑๕๗

วันที่ ๑๕ ส.ค. ๖๓

เวลา ๐๙.๐๐ น.



ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลหินเหล็กไฟ

เลขที่รับ ๒๕๗๙

วันที่ ๑๕ ส.ค. ๖๓

ที่ว่าการอำเภอหัวหิน ๐๙.๐๒ น. / ส.ค. ๖๓

ที่ว่าการอำเภอหัวหิน

ถนนเพชรเกษมแนวใหม่ ปช ๕๗๑๑๐

๑๗ สิงหาคม ๖๓

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ประกาศรับสมัครผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีความต้องการ
“ไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน”

เรียน นายกเทศมนตรีเมืองหัวหิน, นายกเทศมนตรีตำบลหนองพลับ และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ทุกแห่ง

- | | |
|---|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาประกาศเหล่ากาชาดจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. หลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้ขอรับไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. แบบฟอร์มลงทะเบียนผู้รับไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. แบบประเมินอาการและแบบบันทึกติดตาม | จำนวน ๑ ชุด |
| ๕. คุณสมบัติของผู้ผ่านการคัดเลือก | จำนวน ๑ ฉบับ |

ด้วยอำเภอหัวหิน ได้รับแจ้งจากเหล่ากาชาดจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ว่าสภากาชาดไทย โดยศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ โรคพาร์กินสันฯ ได้จัดทำโครงการไม้เท้าเลเซอร์ช่วยเดินพระราชทาน เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง เพื่อให้ผู้ป่วยใช้เป็น อุปกรณ์ช่วยเพิ่มความมั่นคงในการก้าวเดิน และใช้แสงเลเซอร์ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยก้าวเดินได้ง่ายขึ้น ซึ่งได้รับ พระมหากรุณาธิคุณจาก สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี อุปนายิกาผู้อำนวยการสภากาชาดไทย พระราชทานนามไม้เท้านี้ว่า “ไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน” เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๖๓ และมีวัตถุประสงค์จะมอบ “ไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน” ให้แก่ผู้ป่วยโรคดังกล่าวในชุมชน ของแต่ละจังหวัด

เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าว เป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงขอความอนุเคราะห์ท่าน ประชาสัมพันธ์/คัดเลือกผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ในการรับมอบ “ไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน” ที่มีคุณสมบัติและ หลักเกณฑ์ตามประกาศเหล่ากาชาดจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๕-๒๑ สิงหาคม ๖๓ ในวันและเวลาราชการ พร้อมทั้งกรอกแบบฟอร์มที่แนบมาพร้อมนี้ ส่งให้อำเภอหัวหินภายในวันที่ ๒๔ สิงหาคม ๖๓ เพื่อรวบรวมส่งให้เหล่ากาชาดจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เพื่อให้คณะกรรมการระดับจังหวัด พิจารณาคัดเลือกและเสนอรายชื่อส่งสภากาชาดไทยพิจารณาต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการ

เรียนนายก อบจ.หัวหิน

รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลหินเหล็กไฟ

-เพื่อโปรดทราบ

อำเภอหัวหิน ขอความอนุเคราะห์

ประชาสัมพันธ์ประชาสัมพันธ์

ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีอาการ

ไม่เท้าเลเซอร์พระราชทาน

ขอแสดงความนับถือ

(นายประยงค์ จันทะ)

นายกอำเภอหัวหิน

ที่ทำการปกครองอำเภอ

สำนักงานอำเภอ

โทร. ๐-๓๖๖๕-๒๕๒๗ ต่อ ๑๔

๑๗ ส.ค. ๖๓

18 ส.ค. 63



สภากาชาดจังหวัดแพร่
Provincial Red Cross chapter of Phrae

ประกาศเหล่ากาชาดจังหวัดแพร่ฉบับที่ ๖

เรื่อง รับสมัครผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีอาการเดินติด ก้าวไม่ออก ที่มีความต้องการ ในการรับมอบ “ไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน”

ด้วย สภากาชาดไทย โดยศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ โรคพาร์กินสันฯ ได้จัดทำโครงการ ไม้เท้าเลเซอร์ช่วยเดินพระราชทาน เถลิงพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนี พันปีหลวง เพื่อให้ผู้ป่วยใช้เป็นอุปกรณ์ช่วยเพิ่มความมั่นคงในการก้าวเดิน และใช้แสงเลเซอร์ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยก้าวเดินได้ง่ายขึ้น ซึ่งได้รับพระมหากรุณาธิคุณจาก สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี อุปนายิกาผู้อำนวยการ สภากาชาดไทย พระราชทานนามไม้เท้านี้ว่า “ไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน” เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๖๓ และมีวัตถุประสงค์จะมอบ “ไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน” ให้แก่ผู้ป่วยโรคดังกล่าวในชุมชนของแต่ละจังหวัด

ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีความประสงค์ต้องการ “ไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน” จะต้องมีความสมบูรณ์ ดังนี้

๑. มีภูมิลำเนาอยู่ในทะเบียนบ้านในพื้นที่จังหวัดแพร่ครบถ้วน ติดต่อกันมาแล้วไม่น้อยกว่า ๖ เดือน

๒. มีสัญชาติไทย เชื้อชาติไทย

๓. มีรายได้สุทธิของครอบครัวต่อคน/ต่อปี ไม่เกิน ๓๐,๐๐๐ บาท หากมีรายได้เกินกว่า ๓๐,๐๐๐ บาท แต่มีเหตุผลความจำเป็นสมควรได้รับความช่วยเหลือให้อยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการฯ

๔. มีใบรับรองแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคพาร์กินสันที่แพทย์โรงพยาบาลในสังกัดของรัฐออกให้ ภายในระยะเวลาไม่เกิน ๑ ปี นับแต่วันรับสมัคร

๕. ยินยอมให้ความร่วมมือกับศูนย์พาร์กินสันฯ ในการประเมินอาการเดินติด ก้าวขาไม่ออก เมื่อได้รับการร้องขอ

กำหนดรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๕ - ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๓ ในวันและเวลาราชการ ณ สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดแพร่ โดยนำเอกสารหลักฐาน ประกอบด้วย บัตรประจำตัวประชาชน ทะเบียนบ้าน (ฉบับจริง) และใบรับรองแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคพาร์กินสันที่แพทย์โรงพยาบาลในสังกัดของรัฐออกให้ภายในระยะเวลาไม่เกิน ๑ ปี นับแต่วันรับสมัคร

เหล่ากาชาดจังหวัดแพร่ จะประกาศผลผู้ได้รับการพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีความประสงค์ต้องการ “ไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน” ที่มีคุณสมบัติดังกล่าวข้างต้นในวันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๓ ผู้สนใจติดต่อสอบถามได้ที่สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดแพร่ หรือทางโทรศัพท์ ๐-๓๒๖๐-๒๔๔๗

ประกาศ ณ วันที่ ๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

(ผศ.ดร.นิศากร สิงห์เสนี)

นายกเหล่ากาชาดจังหวัดแพร่

กรรมการสภากาชาด ผู้แทนภาค ๔