

ด่วนที่สุด



ที่ อบ ๐๐๓๒.๐๑๒/๒๕๖๓๐

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง
เลขที่รับ 1985 / 2564
ว.ค.ป. - 9 ก.ค. 2564
เวลา 14.33 น.
รับ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ถนนพรหมเทพ อบ ๓๔๐๐๐

๒๘ พฤษภาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอความร่วมมือคัดเลือกผู้ยากไร้ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส รับมอบแว่นตาสภากาชาด
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง และสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ

- | | |
|--|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แผ่นประชาสัมพันธ์แว่นตาสภากาชาดไทย | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. คุณสมบัติผู้ขอรับแว่นตาสภากาชาดไทย | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. แบบฟอร์มใบรับรอง (โดยกำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. แบบสรุปงบหน้ารายชื่อผู้ได้รับการคัดเลือก | จำนวน ๑ ฉบับ |

ด้วย สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ โดยศูนย์จักษุมาตรและแว่นตา
สภากาชาดไทย มีความประสงค์จะมอบแว่นตาสภากาชาดไทย ให้แก่ผู้พิการ ผู้ยากไร้ และด้อยโอกาส เพื่อ
ไว้ใช้ในการดำรงชีวิตสำหรับผู้มีปัญหาทางด้านสายตา โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (ฟรี)

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จึงขอความร่วมมือคัดเลือกผู้พิการ
ผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาสในพื้นที่ของท่าน เพื่อรับแว่นตาสภากาชาดไทย โดยแพทย์ผู้ตรวจจะต้องระบุและ
รับรองค่าสายตาของผู้ขอรับแว่นตาในใบรับรอง โดยให้แนบคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง และสำเนาบัตรประจำตัว
ประชาชนของผู้ขอรับแว่นตามาด้วย เมื่อท่านได้สำรวจผู้ขอรับแว่นตาแล้วเสร็จ ขอความร่วมมือสรุปงบหน้า
รายชื่อผู้ได้รับคัดเลือก ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ - ๔ จัดส่งเอกสารไปที่ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิต
และยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขอุบลราชธานี หรือทาง E-mail : jumpitsamai@gmail.com
ภายในวันที่ ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๔ รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาประชาสัมพันธ์แก่ผู้เกี่ยวข้องต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสาโรช สมชอบ)

(นายสุทัศน์ สิทน)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) สาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 13 ก.ค. 2564

รศ.ดร.สุวิมล วัฒนศิริกุล
18/5 รศ.ดร.สุวิมล วัฒนศิริกุล
18/5 รศ.ดร.สุวิมล วัฒนศิริกุล
- น.น.วิมล วัฒนศิริกุล
18/5 รศ.ดร.สุวิมล วัฒนศิริกุล
18/5 รศ.ดร.สุวิมล วัฒนศิริกุล

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

โทรศัพท์ ๐ ๔๕๒๖ ๒๖๙๒ ต่อ ๓๐๑

โทรสาร ๐ ๔๕๒๔ ๒๒๒๕

ผู้ประสานงาน ๑. นางพิชญ์ วรรณชาติ โทรศัพท์ ๐๙๒๒๒๕ ๙๔๕ ๒. นางดวงพร มุกตกุล โทรศัพท์ ๐๙๘๖๒๕ ๔๐๓๕

(นายทองศักดิ์ หลักเขต)

สาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

13 ก.ค. 2564



เหล่ากาชาดจังหวัดอุบลราชธานี
The Provincial Red Cross Chapter of Ubon

ที่ ลข.อบ. 50 /2564

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
เลขรับที่ 8655
วันที่ - 5 พ.ค. 2564
เหล่ากาชาดจังหวัดอุบลราชธานี
ถนนพหลโยธิน อ.บ. 34000 NCD

๕๕ เมษายน 2564

กรมอนามัยโรคไม่ติดต่อ

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์คัดเลือกผู้ยากไร้ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส รับมอบแว่นตาสภากาชาดไทย

วันที่ 5 พ.ค. 2564

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

- | | | |
|------------------|---|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | 1. แผ่นประชาสัมพันธ์แว่นตาสภากาชาดไทย | จำนวน 1 ฉบับ |
| | 2. คุณสมบัติผู้ขอรับแว่นตาสภากาชาดไทย | จำนวน 1 ฉบับ |
| | 3. แบบฟอร์มใบรับรอง (โดยกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน) | จำนวน 1 ฉบับ |
| | 4. แบบสรุปบหน้ารายชื่อผู้ที่ได้รับการคัดเลือก | จำนวน 1 ฉบับ |

ด้วย สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ โดยศูนย์จักษุมาตรฐานและแว่นตา สภากาชาดไทยมีความประสงค์จะมอบแว่นตาสภากาชาดไทย ให้แก่ผู้พิการ ผู้ยากไร้ และด้อยโอกาส เพื่อไว้ใช้ในการดำรงชีวิตสำหรับผู้มีปัญหาทางด้านสายตา โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (ฟรี)

ในการนี้เหล่ากาชาดจังหวัดอุบลราชธานี จึงขอความอนุเคราะห์ท่านประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลในพื้นที่ เพื่อพิจารณาคัดเลือก ผู้พิการ ผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาส รับแว่นตาสภากาชาดไทย โดยแพทย์ผู้ตรวจจะต้องระบุและรับรองค่าสายตาของผู้ขอรับแว่นตาในใบรับรอง เมื่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานีได้สำรวจผู้ขอรับแว่นเสร็จแล้ว ขอความกรุณาจัดส่งเอกสารคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง เรียงตามลำดับความสำคัญ ไม่จำกัดจำนวนตามข้อเท็จจริงของผู้ขอรับ พร้อมทั้งแบบฟอร์มใบรับรอง แบบสรุปบหน้ารายชื่อผู้ที่ได้รับการคัดเลือก ตามสิ่งที่มาด้วย 2 - 4 และแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้ขอรับแว่นตา จัดส่งไปยังสำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดอุบลราชธานี ภายในวันที่ 18 มิถุนายน 2564

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา

เรียน นพ. ลข.อุบลราชธานี
- เหล่ากาชาดจังหวัด อุบลราชธานี
ศึกษา ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส (จังหวัดอุบลราชธานี)
จัดส่งกาชาดจังหวัด
ผู้ปกครองแจ้ง รพ.ท. รพ.ร. กอ.ส.บ.ค.
ขอความเห็น
เพื่อมีประวัติพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นางยุพาท วิฑูรย์)

นายกเหล่ากาชาดจังหวัดอุบลราชธานี

รับ
5 พ.ค. 64
E.S.
6 พ.ค. 64

ทราบ
ดำเนินการ

สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดอุบลราชธานี

โทร./โทรสาร 0-4524-4821

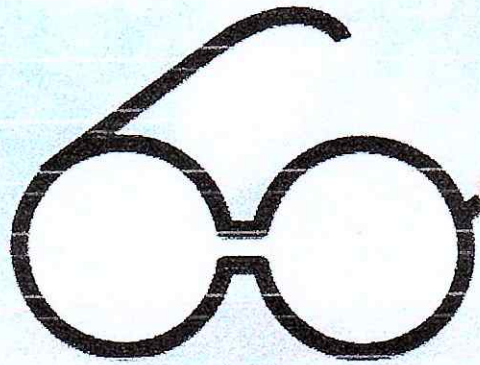
(นายสาโรช สมชอบ)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน)

ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ศูนย์จักษุมาตรฐานและแว่นตา

สภาทนายความไทย



มอบ แว่นสายตาฟรี

ให้แก่ผู้ด้อยโอกาส

เงื่อนไขในการรับแว่นสายตาฟรี

ต้องเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติ ขอใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ
- มีผู้นำชุมชนรับรองว่ายากจน
- ผู้ที่มีบัตรผู้พิการ
- มองเห็นด้วยคำว่าพิการ

โดยสถานพยาบาล หรือ จักษุแพทย์
สามารถ **แอดไลน์** id : **jaksumard**

➢ ส่งหลักฐานผู้ด้อยโอกาส ค่าสายตา,
PD, ชื่อ-ที่อยู่ สำหรับจัดส่งแว่นสายตา
มาทางไลน์

จากนั้นทางศูนย์จักษุมาตรฐานฯ จะจัดทำ
แว่นสายตา แล้วส่งให้ตามที่อยู่
โดยไม่มีค่าใช้จ่ายใดใดทั้งสิ้น

คุณสมบัติผู้ขอรับแว่นตาสภากาชาดไทย

เงื่อนไขในการขอแว่นสายตาสภากาชาดไทย ต้องมีคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้มิบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ
 2. ผู้นำชุมชน/หมู่บ้าน เช่น กำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน เป็นผู้รับรองว่ายากจน (ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย3)
 3. เป็นผู้มิบัตรผู้พิการ
 4. ประเมินด้วยสายตาว่าพิการ
 5. แพทย์จักษุได้ทำการตรวจแล้วรับรองว่ามีความผิดปกติทางสายตา (สายตาสั้น/สายตาวาว)
- พร้อมทั้งระบุค่าสายตา ส่งมาที่เหล่ากาชาดจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อใช้ในการตัดแว่นตาให้ผู้ขอรับแว่นตา

หมายเหตุ :

1. ขอให้สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีรวบรวมสรุปใบงบหน้ารายชื่อผู้ขอรับแว่นตาแนบคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง พร้อมทั้งบัตรประชาชน ส่งไปที่สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดอุบลราชธานี ภายในวันที่ 18 มิถุนายน 2564
2. เมื่อเหล่ากาชาดจังหวัดอุบลราชธานีได้รับหนังสือแล้ว จะดำเนินการส่งไปที่สภากาชาดไทยเพื่อดำเนินการตัดแว่น และส่งกลับไปให้สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อดำเนินการส่งมอบให้กับผู้ป่วยที่ขอรับแว่นตาต่อไป

แบบฟอร์มใบรับรอง

ผู้ขอรับแว่นสายตา ขอในนามของเหล่ากาชาด...จังหวัดอุบลราชธานี.....

1. ชื่อ - สกุล ผู้ขอรับแว่นสายตา.....

2. วัน/เดือน/ปีเกิด.....เบอร์โทรศัพท์.....

3. เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

4. ที่อยู่ปัจจุบัน.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

5. ชื่อ - สกุล กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน.....

6. ที่อยู่ปัจจุบัน.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน).....ขอรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว)

.....เป็นลูกบ้านของข้าพเจ้า โดยมีสถานะดังนี้

ยากจน

ผู้พิการ

ผู้ด้อยโอกาส

ระดับค่าสายตา.....

(ลงชื่อ)(ผู้รับรอง)

(.....)

กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจประเมินค่าสายตา

แบบสรุปรูปงบหน้า
รายชื่อผู้ที่ได้รับการคัดเลือกได้รับการศึกษาภาคภาษาไทย

ลำดับ	ชื่อ - สกุล ผู้ขอรับแวนตา	รายได้ครอบครัว ต่อ คน/ปี	ชื่อ - สกุล บุคคลที่ สามารถติดต่อได้	ความสัมพันธ์ เกี่ยวข้องกับ	หมายเลขโทรศัพท์	ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

หมายเหตุ : โปรดเรียงลำดับความสำคัญของผู้ที่ขอรับแวนตาเป็นลำดับแรก

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....