



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา โทร. ๐ ๗๔๘๐ ๑๙๓๐

ที่ พม ๐๔๐๔.๐๗/ วันที่

เรื่อง ขออนุมัติรับผู้สูงอายุเข้าใช้บริการเพื่อการคุ้มครองสวัสดิภาพ

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา

๑. เรื่องเดิม

ตามหนังสือที่ พม...../..... ลงวันที่

(ระบุชื่อหน่วยงาน).....

ประสานนำส่ง..... อายุ..... ปี

ภูมิลำเนาเดิมจังหวัด..... เข้ารับการคุ้มครองสวัสดิภาพในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม

ผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา เนื่องจาก.....

๒. ข้อเท็จจริง

๒.๑ (ระบุชื่อหน่วยงาน).....

ได้นำส่งผู้สูงอายุ กรณี..... เพื่อเข้าใช้บริการในศูนย์พัฒนาการจัด

สวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา เมื่อวันที่.....

๒.๒ กลุ่มส่งเสริมสวัสดิการและคุ้มครองทางสังคม ได้ดำเนินการตามกระบวนการแรกรับ

พร้อมมอบเครื่องใช้ส่วนตัวแรกรับเรียบร้อยแล้ว โดยผลการประเมิน ADL อยู่ในระดับคะแนน.....

และจัดให้เข้าที่พักประจำเรือนนอน.....

๓. ข้อระเบียบ

ระเบียบกรมกิจการผู้สูงอายุ ว่าด้วยการให้บริการผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๕๘ ข้อ ๑๐ วรรคสอง

ให้ผู้อำนวยการศูนย์มีอำนาจในการอนุญาตให้ผู้สูงอายุเข้าใช้บริการในศูนย์

๔. ข้อพิจารณา

กลุ่มส่งเสริมสวัสดิการและคุ้มครองทางสังคม พิจารณาแล้วเห็นว่าผู้สูงอายุตามข้อ ๒. เป็น

ผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกรมกิจการผู้สูงอายุ ว่าด้วยการให้บริการผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๕๘ จึงเห็นสมควรเสนอ

ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา เพื่อโปรดพิจารณา ดังนี้

๔.๑ อนุญาตให้ผู้สูงอายุตามข้อ ๒. เข้าใช้บริการเพื่อเป็นการคุ้มครองสวัสดิภาพ

ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา ตั้งแต่วันที่.....

๔.๒ ลงนามในหนังสือถึง.....

เพื่อแจ้งการรับบุคคลเข้าคุ้มครองสวัสดิภาพในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา

เพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

๕. ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติและลงนามในหนังสือที่แนบมาพร้อมนี้

(นางสาวลิปการ์ การิง)

นักสังคมสงเคราะห์



แบบบันทึกประวัติและประเมินสมรรถนะผู้ให้บริการ
ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา
กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

แรกรับ
สข. 01-2

ข้อมูลบุคคล/หน่วยงานนำส่ง

- ชื่อ-สกุล.....ชื่อเล่นหรือที่เรียกกันทั่วไป.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี
- วันเดือนปี สัมภาษณ์แรกรับ.....ผู้ให้ข้อมูล ☐ เจ้าตัว ☐ญาติ..... ☐ ผู้นำส่ง.....
- ภูมิลำเนาเดิม ณ บ้านเลขที่.....หมู่.....บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
- สถานที่อยู่ครั้งสุดท้ายและผู้ให้การอุปการะ.....
- ชื่อ-ที่อยู่บุคคล/หน่วยงานนำส่ง.....
- ประเภท ☐ ยากจน ☐ ไม่มีที่อยู่อาศัย ☐ ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
(ระบุชื่อบุคคล/เลขที่ วันที่หนังสือราชการ หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ)

7. สภาพร่างกายแรกรับ

- 7.1. ระดับความรู้สึก ☐ รู้สึกตัวดี ☐ สับสน ☐ ซึม ☐ ไม่รู้สึกตัว
- 7.2. ผิวหนัง ☐ ปกติ ☐ ผื่นคัน/โรคผิวหนัง ☐ เชื้อรา..... ☐ บวมบริเวณ.....
☐ มีแผล บริเวณ.....
☐ มีแผลเป็น บริเวณ.....
☐ มีลายสัก บริเวณ.....
(ระบุรายละเอียดลักษณะและตำแหน่งของลายสัก)
- 7.3. การสื่อสาร ☐ ได้ยินชัดเจน ☐ ได้ยินไม่ชัดเจน : การใช้อุปกรณ์ช่วยฟัง ☐ มี ☐ ไม่มี
ตา ☐ มองเห็นชัดเจน ☐ มองเห็นไม่ชัดเจน : สวมแว่นตา ☐ สวม ☐ ไม่สวม
การพูด ☐ ชัดเจน ☐ พูดติดอ่าง ☐ เป็นใบ้ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- 7.4. การเคลื่อนไหว/การเดิน ☐ เดินได้เอง ☐ อาศัยคนอื่นช่วย ☐ ใช้อุปกรณ์ช่วย (ระบุ).....

8. สภาพจิตใจแรกรับ

- 8.1. การแสดงด้านพฤติกรรม ☐ ปกติ ☐ เฉยๆ/เฉยๆขริ้ม ☐ กระวนกระวาย ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- 8.2. การแสดงออกทางอารมณ์ ☐ ปกติ ☐ เฉยๆ/เฉยๆขริ้ม ☐ สิ้นหนามีความวิตก ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- 8.3. บุคคลที่มีความสำคัญ/ผู้รับบริการต้องการอยู่ใกล้ชิดมากที่สุด/ต้องการให้ติดต่อสื่อสาร
☐ บิดา ☐ มารดา ☐ บุตร ☐ ภรรยา/สามี
☐ บุคคลอื่น (ระบุ).....
เหตุผล.....
(ระบุรายละเอียดความสัมพันธ์ และสถานที่ติดต่อ (ถ้ามี))

9. แบบแผนการดำรงชีวิตประจำวัน

- 9.1. การนอน ☐ ปกติ ☐ นอนช่วงเช้า ☐ นอนช่วงบ่าย ☐ ไม่นอน.....
การใช้ยานอนหลับ ☐ เป็นครั้งคราว ☐ ประจำ ☐ ไม่เคยใช้/ปฏิเสธ
- 9.2. การรับประทานอาหาร ☐ รับประทานเอง ☐ อาศัยคนอื่นป้อน จำนวนมื้อที่รับประทาน.....มื้อ/วัน
ปัญหาในการรับประทานอาหาร ☐ ไม่มี ☐ เคี้ยวลำบาก ☐ กลืนลำบาก ☐ อื่นๆ.....
- 9.3. การขับถ่าย : อุจจาระ ☐ ถ่ายทุกวัน วันละ.....ครั้ง ☐ ไม่ถ่ายทุกวัน ถ่าย.....วัน/ครั้ง
การขับถ่าย : ปัสสาวะ ☐ ปกติ ☐ ปัสสาวะขัด ☐ สวมปัสสาวะเป็นครั้งคราว
การควบคุมการขับถ่าย ☐ ปกติ ☐ ปัสสาวะ/อุจจาระทางรูเปิดหน้าท้อง
การใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ☐ ไม่จำเป็น ☐ จำเป็นต้องใช้
- 9.4. การอาบน้ำ/ชำระร่างกาย ☐ ทำเอง ☐ ต้องมีคนดูแล ☐ อาศัยคนอื่นช่วย
- 9.5. การออกกำลังกายและการใช้เวลาว่าง.....
- 9.6. สิ่งเสพติด : สุรา ☐ ไม่ดื่ม/ปฏิเสธ ☐ นานๆ ครั้ง ☐ เป็นประจำ
สิ่งเสพติด : บุหรี่ ☐ ไม่สูบ/ปฏิเสธ ☐ นานๆ ครั้ง ☐ เป็นประจำ
สิ่งเสพติด : การใช้ยาหรือสิ่งเสพติดอื่นๆ ☐ ไม่มี/ปฏิเสธ ☐ มี (ระบุ).....

10. สภาพสังคมและเศรษฐกิจของผู้ใช้บริการ

- 10.1. สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ อยู่ด้วยกัน ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่
- 10.2. การรู้หนังสือ ☐ อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ☐ วุฒิมัธยมศึกษาชั้นสูงสุด.....
- 10.3. บทบาทในครอบครัว ☐ หัวหน้าครอบครัว ☐ สมาชิกในครอบครัว (ระบุ).....
(ถ้าผู้ให้บริการสามารถบอกรายละเอียด ให้ระบุชื่อสถานศึกษาด้วย)
- 10.4. บุคลิกภาพภูมิหลัง ☐ ชอบมีเพื่อน ☐ ชอบอยู่คนเดียวเงียบๆ
- 10.5. สภาพอารมณ์โดยทั่วไป ☐ ร่าเริง ☐ เจ็บขรุขระ ☐ หงุดหงิด/ซีโมโห ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- 10.6. งาน/อาชีพปัจจุบัน ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ อาชีพ..... รายได้ประมาณ.....บาท/เดือน
- 10.7. บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแล ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ สามเณร/ภรรยา ☐ บุตร
☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- 10.8. จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ผู้ให้บริการอาศัยอยู่ด้วย ☐ อยู่คนเดียว ☐ มีจำนวน.....คน

11. ประวัติการเจ็บป่วย

- 11.1. การเจ็บป่วย/โรคติดต่อ ☐ ไม่มี ☐ มี ได้แก่ ☐ เบาหวาน ☐ โรคหัวใจ ☐ ความดันโลหิตสูง ☐ จิต/ประสาท
☐ วัณโรค ☐ ลมชัก ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- การปฏิบัติตนกรณีเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว.....
- 11.2. การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ☐ ไม่เคย ☐ เคย.....
(ระบุชื่อสถานพยาบาล/การเจ็บป่วย)
- ผู้นำส่งเข้ารับการรักษา.....
- 11.3. ประวัติทางพันธุกรรม.....

12. รูปร่าง

- 12.1. รูปร่าง ☐ สั้นท้วม ☐ สูงโปร่ง ☐ เตี้ย ☐ ท้วม ☐ อ้วน ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- 12.2. ใบหน้า ☐ แหวม ☐ เหลี่ยม ☐ กลม ☐ ยาว ☐ รูปไข่ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- 12.3. จมูก ☐ โด่ง ☐ โท ☐ แบน ☐ บาน ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- 12.4. ตา ☐ สองชั้น ☐ ชั้นเดียว ☐ เล็ก ☐ พองโต ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- 12.5. ปาก ☐ บาง ☐ หนา ☐ เล็ก ☐ ห้อย ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- 12.6. สีผิว ☐ ขาว ☐ ดำ-แดง ☐ คล้ำ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- 12.7. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซ็นติเมตร

พิจารณาแล้วเห็นสมควร

1. นำส่งผู้รับบริการรายดังกล่าว เข้าพักในอาคาร ☐ เรือนนอน 1 ☐ เรือนนอน 2 ☐ เรือนนอน 3 ☐ เรือนนอน 4 ☐ อื่นๆ
2. มอบหมายให้ผู้ให้บริการชื่อ ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว.....เป็นพี่เลี้ยงของบุคคลดังกล่าว

บันทึกข้อสังเกตเพิ่มเติม (การดูแล การเฝ้าระวัง หรือข้อสังเกตทั่วไป)

.....

.....

ผู้บันทึก.....ตำแหน่ง.....

ผู้ร่วมสัมภาษณ์แรก

.....
(.....)
ตำแหน่ง.....ตำแหน่ง.....ตำแหน่ง.....
...../...../.....



แบบประเมินสถานะผู้สูงอายุแรกจับ
ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา
กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ชื่อ-สกุล อายุ ปี

ส่วนที่ ๑ แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน : Barthel Activities of Daily Living (ADL)

การประเมินกิจวัตรประจำวัน		คะแนน
๑) Feeding : การรับประทานอาหาร		
๐ คะแนน	ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้	
๑ คะแนน	ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย	
๒ คะแนน	ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	
๒) Grooming : การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด		
๐ คะแนน	ต้องการความช่วยเหลือ	
๑ คะแนน	ทำเองได้	
๓) Transfer : ลุกนั่งจากที่นอน หรือ จากเตียงไปยังเก้าอี้		
๐ คะแนน	ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้ ๒ คนช่วยกันยกขึ้น	
๑ คะแนน	ต้องใช้คนแข็งแรงหรือมีทักษะ ๑ คน / ใช้คนทั่วไป ๒ คนพยุงดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้	
๒ คะแนน	ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น ช่วยพยุงเล็กน้อย / ต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย	
๓ คะแนน	ทำได้เอง	
๔) Toilet use : การใช้ห้องน้ำ		
๐ คะแนน	ช่วยตัวเองไม่ได้	
๑ คะแนน	ทำเองได้บ้าง ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง	
๒ คะแนน	ช่วยเหลือตัวเองได้ดี	
๕) Mobility : การเดินหรือการเคลื่อนที่		
๐ คะแนน	เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้เลย	
๑ คะแนน	ใช้รถเข็นช่วยให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้)	
๒ คะแนน	เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง	
๓ คะแนน	เดินหรือเคลื่อนที่เองได้	
๖) Dressing : การสวมใส่เสื้อผ้า		
๐ คะแนน	ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้ หรือได้น้อย	
๑ คะแนน	ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ ๕๐ ที่เหลือต้องมีคนช่วย	
๒ คะแนน	ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป)	
๗) Stairs : การขึ้นลงบันได ๑ ชั้น		
๐ คะแนน	ไม่สามารถทำได้	
๑ คะแนน	ต้องการคนช่วย	
๒ คะแนน	ขึ้นลงเองได้ (ถ้าใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	

การประเมินกิจวัตรประจำวัน		คะแนน
๘) Bathing : การอาบน้ำ		
๐ คะแนน	ต้องมีคนช่วยหรือทำให้	
๑ คะแนน	อาบน้ำเองได้	
๙) Bowels : การกลืนอุจจาระ		
๐ คะแนน	กลืนไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ	
๑ คะแนน	กลืนไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน ๑ ครั้งต่อสัปดาห์)	
๒ คะแนน	กลืนได้เป็นปกติ	
๑๐) Bladder : การกลืนปัสสาวะ		
๐ คะแนน	กลืนไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้	
๑ คะแนน	กลืนไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ ๑ ครั้ง)	
๒ คะแนน	กลืนได้เป็นปกติ	
รวมคะแนน		
ระดับผลการประเมิน		

ผลการประเมิน (คะแนนรวม ADL ๒๐ คะแนน)

คะแนนรวม	แปลผล
๐ - ๔ คะแนน	ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์
๕ - ๘ คะแนน	ภาวะพึ่งพารุนแรง

คะแนนรวม	แปลผล
๙ - ๑๑ คะแนน	ภาวะพึ่งพานกลาง
๑๒ - ๒๐ คะแนน	ไม่เป็นการพึ่งพา

ส่วนที่ ๒ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันอื่นๆ

- ความสามารถในการสื่อสาร.....
- ปัญหาอื่นๆ.....

ส่วนที่ ๓ แนวทางการฟื้นฟู (กรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะพึ่งพา หรือ ได้คะแนน ADL น้อยกว่า ๑๒ คะแนน)

.....

.....

.....

.....

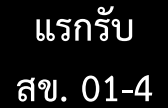
ผู้ประเมิน

.....

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

ตำแหน่ง..... ตำแหน่ง.....

...../...../.....





แกร็บ
สข. 01-5

แบบคัดลายมือผู้ให้บริการแกร็บ
ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา
กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ลายมือ

☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว _____

๑. ชื่อ-สกุล (ครั้งที่ 1) _____

๒. ชื่อ-สกุล (ครั้งที่ 2) _____

๓. ชื่อ-สกุล (ครั้งที่ 3) _____

๔. ชื่อบิดา _____

๕. ชื่อมารดา _____

๖. ชื่อญาติพี่น้อง _____

๗. ที่อยู่ _____

บันทึกข้อสังเกตของเจ้าหน้าที่.....

ลงชื่อ

เจ้าหน้าที่ผู้นำคัดลายมือ

(_____)

ตำแหน่ง _____

วัน เดือน ปี ที่คัดลายมือ _____ / _____ / _____



แกร็บ
สข. 01-6

แบบพิมพ์ลายนิ้วมือผู้ให้บริการแกร็บ
ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา
กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ลายพิมพ์นิ้วมือ

☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว _____

นิ้วมือข้างขวา

นิ้วโป้ง	นิ้วชี้	นิ้วกลาง	นิ้วนาง	นิ้วก้อย

นิ้วมือข้างซ้าย

นิ้วโป้ง	นิ้วชี้	นิ้วกลาง	นิ้วนาง	นิ้วก้อย

บันทึกข้อสังเกตของเจ้าหน้าที่.....
.....
.....

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้พิมพ์ลายนิ้วมือ
(.....)

ตำแหน่ง

วัน เดือน ปี ที่พิมพ์ลายนิ้วมือ / /



แบบแจ้งข้อปฏิบัติของผู้ใช้บริการ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา

เขียนที่ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรื่อง การแจ้งข้อปฏิบัติของผู้ใช้บริการ

เรียน ผู้ใช้บริการในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา

ด้วยระเบียบกรมกิจการผู้สูงอายุ ว่าด้วยการให้บริการผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๕๘ กำหนดให้เมื่อผู้สูงอายุเข้าใช้บริการในศูนย์ ให้ผู้อำนวยการศูนย์แจ้งข้อห้ามและข้อปฏิบัติตามระเบียบนี้และคำสั่งหรือระเบียบที่ศูนย์กำหนดขึ้นให้ผู้สูงอายุทราบ โดยมีหลักฐานเป็นหนังสือด้วย ว่าผู้ให้บริการมีความเต็มใจปฏิบัติตามระเบียบและคำสั่งที่รับทราบทุกประการ ผู้ใช้บริการที่ฝ่าฝืนระเบียบหรือคำสั่งที่ได้รับแจ้งไว้ ให้ผู้อำนวยการศูนย์ดำเนินการตามที่กำหนดไว้ในระเบียบ

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา จึงขอแจ้งระเบียบกรมกิจการผู้สูงอายุ ว่าด้วยการให้บริการผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๕๘ หมวด ๔ ข้อปฏิบัติของผู้ใช้บริการ และ หมวด ๕ มาตรการสำหรับผู้ให้บริการไม่ปฏิบัติตามระเบียบ เพื่อทราบและถือปฏิบัติ ดังนี้

หมวด ๔

ข้อปฏิบัติของผู้ใช้บริการ

ข้อ ๑๑ ผู้ใช้บริการจะต้องปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

- (๑) ปฏิบัติตามคำสั่งและระเบียบที่กำหนดขึ้นในศูนย์
- (๒) แต่งกายให้สุภาพเรียบร้อย
- (๓) รักษาความสามัคคีในหมู่คณะ ไม่ทะเลาะวิวาทหรือชกชวน ยุยง ส่งเสริม ให้ผู้ใดกระทำความผิดหรือฝ่าฝืนต่อระเบียบของศูนย์
- (๔) ปฏิบัติตนอยู่ในศีลธรรมอันดีงาม
- (๕) ช่วยดูแลรักษาทรัพย์สินของทางราชการให้อยู่ในสภาพเรียบร้อยและใช้โดยประหยัด
- (๖) เข้าร่วมกิจกรรมตามที่ศูนย์จัดให้ตามความเหมาะสม

ข้อ ๑๒ ผู้ใช้บริการจะต้องไม่ประพฤติปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- (๑) มีพฤติกรรมฉันทู้สาว หรือมีความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างผู้ให้บริการ
- (๒) ทะเลาะวิวาท หรือทำร้ายร่างกายผู้อื่น
- (๓) นำบุคคลภายนอกเข้ามาค้างแรมในศูนย์ และห้ามผู้ให้บริการไปค้างแรมที่อื่น เว้นแต่จะได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการศูนย์หรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย
- (๔) กระทำการใด ๆ ซึ่งก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น
- (๕) มีสิ่งต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ในครอบครอง
 - ก. เฮโรอีน ผิ่น กัญชา ทินเนอร์ ยาอันตราย หรือสิ่งเสพติดต่าง ๆ
 - ข. สุรา หรือเครื่องดองของเมา
 - ค. อุปกรณ์การพนัน
 - ง. อาวุธ หรือของมีคมทุกชนิด หรือสิ่งที่ใช้เป็นอาวุธได้
 - จ. วัตถุระเบิด หรือเชื้อเพลิง
 - ฉ. สิ่งของอื่น ๆ ซึ่งผู้อำนวยการศูนย์จะกำหนดและประกาศเพิ่มขึ้น
- (๖) เล่นการพนันทุกชนิด
- (๗) ลักทรัพย์ของผู้อื่น
- (๘) สูบบุหรี่ หรือจุดธูปเทียนบูชาพระในเรือนนอน
- (๙) เสพสุราหรือของมีเมาทุกชนิดในบริเวณศูนย์
- (๑๐) นำสัตว์ทุกชนิดมาเลี้ยงในบริเวณศูนย์
- (๑๑) นำอาหารไปรับประทานนอกห้องอาหาร ยกเว้นผู้ป่วยที่ได้รับอนุญาตแล้ว
- (๑๒) ประกอบอาหารในเรือนนอน
- (๑๓) นำทรัพย์สินของทางราชการมาใช้ประโยชน์ส่วนตัว
- (๑๔) ทำลายทรัพย์สินของทางราชการ
- (๑๕) กระทำการใด ๆ อันเป็นการรบกวนความสงบสุขของผู้อื่นหรือราษฎรที่อาศัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียง

หมวด ๕

มาตรการสำหรับผู้ใช้บริการไม่ปฏิบัติตามระเบียบ

ข้อ ๑๓ เมื่อผู้สูงอายุเข้าใช้บริการในศูนย์ ให้ผู้อำนวยการศูนย์แจ้งข้อห้ามและข้อปฏิบัติ ตามระเบียบนี้และคำสั่งหรือระเบียบที่ศูนย์กำหนดขึ้นให้ผู้สูงอายุทราบ โดยมีหลักฐานเป็นหนังสือด้วย ว่าผู้ให้บริการมีความเต็มใจปฏิบัติตามระเบียบและคำสั่งที่รับทราบทุกประการ ผู้ใช้บริการที่ฝ่าฝืนระเบียบ หรือคำสั่งที่ได้รับแจ้งไว้ ให้ผู้อำนวยการศูนย์ดำเนินการดังนี้

- (๑) ความผิดครั้งที่ ๑ ให้ว่ากล่าวตักเตือน
- (๒) ความผิดครั้งที่ ๒ ทำทัณฑ์บนไว้เป็นหนังสือ
- (๓) ความผิดครั้งที่ ๓ พิจารณาสั่งให้ออกจากศูนย์

ข้อ ๑๔ ให้เจ้าหน้าที่ผู้พบเห็นผู้ใช้บริการกระทำความผิด เป็นผู้รายงานตามสายการบังคับบัญชาเพื่อสืบสวนหรือสอบสวนข้อเท็จจริง แล้วพิจารณาดำเนินการตามความเหมาะสม

ข้อ ๑๕ ผู้ใช้บริการรายใดจงใจกระทำให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินของทางราชการ หรือประทุษร้ายต่อร่างกายของเจ้าหน้าที่หรือผู้ใช้บริการด้วยกันหรือกระทำความผิดทางอาญา ให้ผู้อำนวยการศูนย์ร้องทุกข์หรือกล่าวโทษต่อพนักงานสอบสวนเพื่อดำเนินคดีตามกฎหมายแล้วรายงานให้กรมกิจการผู้สูงอายุทราบทันที

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา เป็นสถานรับดูแลหรือสงเคราะห์ผู้ชรา ซึ่งกำหนดให้เป็นสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยกำหนดให้พื้นที่และบริเวณทั้งหมดซึ่งใช้ประกอบภารกิจของสถานทีนั้น ทั้งภายในและภายนอกอาคาร โรงเรือน หรือสิ่งปลูกสร้าง บริเวณที่จัดไว้ให้ผู้มารับบริการใช้ประโยชน์ร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นรั้วล้อมหรือไม่ก็ตาม เป็นเขตปลอดบุหรี่ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดประเภทหรือ ชื่อของสถานที่สาธารณะ สถานที่ทำงาน และยานพาหนะ ให้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่ และยานพาหนะเป็นเขตปลอดบุหรี่ หรือเขตสูบบุหรี่ ในเขตปลอดบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๖๑ กรณีที่มีผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ ย่อมได้รับโทษตามที่กฎหมายกำหนด

อนึ่ง ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา มุ่งมั่นในการจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่ใช้บริการภายในหน่วยงานอย่างมีคุณภาพ เป็นไปตามมาตรฐานภายใต้แนวคิดชุมชนคนรักสุขภาพ ครอบคลุมสุขภาวะทุกมิติ ตามที่ปรากฏรายละเอียดในแผ่นป้ายประชาสัมพันธ์ “ด้วยเกียรติและความรับผิดชอบ เราขอยืนยันว่าตลอดระยะเวลาที่ท่านเข้าพัก” และขอความร่วมมือท่านได้โปรดศึกษาและให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผ่นป้ายประชาสัมพันธ์ “เพื่อให้การจัดบริการสวัสดิการเป็นไปด้วยความเรียบร้อยจึงขอความร่วมมือท่าน” เพื่อให้การขับเคลื่อนชุมชนคนรักสุขภาพบรรลุเป้าหมายไปด้วยกัน

เอกสารฉบับนี้ มีจำนวน ๔ หน้า จัดทำขึ้น ๒ ฉบับ มีข้อความตรงกัน

ข้าพเจ้า.....

ผู้ใช้บริการหมายเลขทะเบียน..... ได้ตรวจสอบ รับทราบ และเข้าใจข้อความในเอกสารฉบับนี้โดยละเอียดแล้ว โดย

☐ การอ่าน ☐ เจ้าหน้าที่อ่านข้อความในเอกสารและชี้แจง

มีความเต็มใจปฏิบัติตามระเบียบและคำสั่งที่รับทราบทุกประการ จึงได้

☐ ลงลายมือชื่อ ☐ พิมพ์ลายนิ้วมือ.....ข้าง.....

เป็นหลักฐานต่อหน้าเจ้าหน้าที่และพยาน ณ วัน เดือน ปี ดังกล่าวข้างต้น และมอบให้ข้าพเจ้าไว้
ฉบับหนึ่ง ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลาเก็บรักษาไว้อีกฉบับหนึ่ง

ลงชื่อ/พิมพ์ลายนิ้วมือ.....ผู้ให้บริการ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้อ่าน/ชี้แจง
(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....



แบบแจ้งข้อจำกัดด้านสิทธิและสวัสดิการ
ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา
กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรื่อง การแจ้งข้อจำกัดด้านสิทธิและสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและเบี้ยความพิการ

เรียน ผู้ใช้บริการในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา ขอแจ้งมายังท่าน เพื่อโปรดทราบว่า การเข้าใช้บริการในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา เป็นเหตุให้เกิดข้อจำกัดด้านคุณสมบัติสิทธิและลักษณะต้องห้ามของผู้มีสิทธิจะได้รับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและเบี้ยความพิการ ที่พึงได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีภูมิลำเนา ตามทะเบียนบ้าน จึงขอแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับข้อจำกัดด้านสิทธิและสวัสดิการ ดังนี้

๑. เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑.๑ ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ และ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๑ ข้อ ๖ ผู้มีสิทธิจะได้รับ เงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้ (๔) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ (ข) ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น

๒. เบี้ยความพิการ

๒.๑ ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการ ให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ ข้อ ๖ คนพิการซึ่งจะมีสิทธิที่จะได้รับ เบี้ยความพิการตามระเบียบนี้ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามระเบียบ คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการ จัดสวัสดิการเบี้ยความพิการกำหนด

๒.๒ ระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการเบี้ยคนพิการ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๓ ข้อ ๕ ผู้มีสิทธิจะได้รับ เงินเบี้ยความพิการ ต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้ (๔) ไม่เป็นบุคคลอยู่ใน สถานสงเคราะห์ของรัฐตามบัญชีรายชื่อที่ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์ประกาศกำหนด

๒.๓ ประกาศปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รายชื่อสถาน
สงเคราะห์ของรัฐ (ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๔) ข้อ ๓ สถานสงเคราะห์ในสังกัด
กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ (๑๐) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ
จังหวัดสงขลา

๓. การดำเนินการขั้นตอนต่อไป

๓.๑ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา จะมีหนังสือแจ้งข้อมูล
การรับท่านเข้าใช้บริการในหน่วยงานเพื่อคุ้มครองสวัสดิภาพผู้สูงอายุ ไปยังองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นตามภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านของท่าน เพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ข้าพเจ้า.....

ได้รับทราบและเข้าใจเนื้อหาเกี่ยวกับข้อจำกัดสิทธิและสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
และเบี้ยความพิการ เมื่อเข้าใช้บริการในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ
จังหวัดสงขลา แล้ว โดย

☐ การอ่าน ☐ เจ้าหน้าที่อ่านข้อความในเอกสาร พร้อมชี้แจงรายละเอียด

ข้าพเจ้ายืนยันและสมัครใจเข้าใช้บริการในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ
จังหวัดสงขลา จึงได้

☐ ลงลายมือชื่อ ☐ พิมพ์ลายนิ้วมือ.....ข้าง.....

เป็นหลักฐานต่อหน้าเจ้าหน้าที่และพยาน ณ วัน เดือน ปี ดังกล่าวข้างต้น

ลงชื่อ/พิมพ์ลายนิ้วมือ.....ผู้ให้บริการ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้อ่าน/ชี้แจง
(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....



ภาพถ่ายผู้ใช้บริการแรกรับ
ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา
กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ภาพครึ่งตัว หน้าตรง

ให้มีการถ่ายภาพในกระบวนการแรกรับ อย่างน้อย ดังนี้

๑. ภาพถ่ายผู้ใช้บริการเต็มตัว หน้าตรง
๒. ภาพถ่ายผู้ใช้บริการครึ่งตัว หน้าตรง
๓. กรณีพิจารณาให้ความพิการ กรณีมีการใช้กายอุปกรณ์ให้เห็นกายอุปกรณ์
๔. ภาพถ่ายพร้อมเจ้าหน้าที่ผู้นำส่ง ร่วมกับผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่ ศพส.จังหวัดสงขลา
๕. ภาพถ่ายขณะตรวจสอบทรัพย์สินและเอกสาร
๖. ภาพถ่ายอื่นตลอดกระบวนการ ที่เห็นใบหน้าผู้ใช้บริการและผู้นำส่ง

กระบวนการแรกรับเป็นทั้งโอกาสและข้อจำกัด

โอกาส เป็นโอกาสเดียวที่จะได้บันทึกภาพหลักฐานการนำส่งเมื่อแรกรับ ทั้งสภาพผู้สูงอายุและผู้นำส่ง

ข้อจำกัด ผู้สูงอายุอาจเหนื่อยล้าจากการเดินทาง บางกรณีไม่อาจให้ข้อมูลได้ครบถ้วนหรือไม่พร้อมในการให้ข้อมูล เจ้าหน้าที่ต้องใช้เทคนิคและทักษะในกระบวนการแรกรับ

ชื่อ – สกุล (กรณีไม่มี ให้ใช้ชื่อตั้ง)
ชื่อเล่น หรือชื่อเรียก
ถ่ายเมื่อวันที่

หมายเหตุ ๑. ให้มีการถ่ายภาพผู้ใช้บริการเป็นประจำทุก ๓ เดือน
๒. ข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล ย่อมได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย



ภาพถ่ายผู้ใช้บริการแรกจับ
ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา
กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ภาพเต็มตัว หน้าตรง

ชื่อ – สกุล (กรณีไม่มี ให้ใช้ชื่อตั้ง)
ชื่อเล่น หรือชื่อเรียก
ถ่ายเมื่อวันที่

หมายเหตุ ๑. ให้มีการถ่ายภาพผู้ใช้บริการเป็นประจำทุก ๓ เดือน
๒. ข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล ย่อมได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย



หนังสือขอความยินยอม
การเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล
ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา
กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เพื่อปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา ต่อไปนี้เรียกในชื่อย่อว่า “ศพส.จังหวัดสงขลา” ซึ่งจัดเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าของข้อมูล เพื่อปฏิบัติตามภารกิจของ ศพส.จังหวัดสงขลา ที่มีตามกฎหมาย หรือตามสัญญาที่มีอยู่กับเจ้าของข้อมูล หรือเพื่อประโยชน์อันชอบด้วยกฎหมายของ ศพส.จังหวัดสงขลา โดย ศพส.จังหวัดสงขลา ได้ระบุนายละเอียด และขอบเขตการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าของข้อมูล เช่น วัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ประเภทของข้อมูลส่วนบุคคลที่จัดเก็บ ระยะเวลาในการจัดเก็บ บุคคลหรือนิติบุคคลที่ ศพส.จังหวัดสงขลา อาจเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลให้สิทธิอันชอบด้วยกฎหมายของ ศพส.จังหวัดสงขลา ในการจัดเก็บข้อมูล สิทธิของเจ้าของข้อมูลตามกฎหมาย เป็นต้น ตามที่ปรากฏในประกาศความเป็นส่วนตัวของกรมกิจการผู้สูงอายุ ที่เผยแพร่บนเว็บไซต์ของกรมกิจการผู้สูงอายุ และประกาศความเป็นส่วนตัวสำหรับเฉพาะประเภทบุคคล (ถ้ามี)

ข้าพเจ้า.....นามสกุล

☐ ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงยินยอมให้ ศพส.จังหวัดสงขลา เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ที่ได้ให้ไว้หรือมีอยู่กับ ศพส.จังหวัดสงขลา หรือที่ ศพส.จังหวัดสงขลา ได้รับ หรือเข้าถึงได้จากแหล่งอื่น ตามรายละเอียดที่ปรากฏในประกาศความเป็นส่วนตัวของกรมกิจการผู้สูงอายุ ที่เผยแพร่บนเว็บไซต์ของกรมกิจการผู้สูงอายุ และประกาศความเป็นส่วนตัวสำหรับเฉพาะประเภทบุคคล (ถ้ามี)

☐ ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงยินยอมให้ ศพส.จังหวัดสงขลา และประกาศความเป็นส่วนตัวสำหรับเฉพาะประเภทบุคคล (ถ้ามี) เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ที่เป็นข้อมูลอ่อนไหวของข้าพเจ้า ตามมาตรา ๒๖ แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ เช่น ข้อมูลเชื้อชาติ หรือศาสนา ตามที่ระบุไว้ในบัตรประจำตัวประชาชน ข้อมูลประวัติอาชญากรรม (หากมี)

ทั้งนี้ ก่อนการแสดงเจตนา ข้าพเจ้าได้อ่านหนังสือยินยอมเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลฉบับนี้โดยตลอดแล้ว ข้าพเจ้าให้ความยินยอมหรือปฏิเสธไม่ให้ความยินยอมในเอกสารนี้ด้วยความสมัครใจ ปราศจากการบังคับหรือชักจูง และข้าพเจ้าทราบว่าข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอมนี้เสียเมื่อใดก็ได้ เว้นแต่ ในกรณีมีข้อจำกัดสิทธิตามกฎหมายหรือยังมีสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับ ศพส.จังหวัดสงขลา ที่ให้ประโยชน์แก่ข้าพเจ้าอยู่

กรณีที่ข้าพเจ้าประสงค์จะขอถอนความยินยอม ข้าพเจ้าทราบว่าการถอนความยินยอมจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าได้รับความสะดวกในการใช้บริการน้อยลง หรือไม่สามารถเข้าถึงฟังก์ชันการใช้งานบางอย่างได้ ทั้งนี้ ข้าพเจ้าทราบว่าการถอนความยินยอมดังกล่าว ไม่มีผลกระทบต่อการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้วก่อนการถอนความยินยอม

ในกรณีที่ท่านประสงค์ร้องขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลตามที่พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ กำหนดไว้ ท่านสามารถติดต่อ ศพส.จังหวัดสงขลา เพื่อร้องขอใช้สิทธิตามกฎหมายผ่านช่องทางตามที่กำหนดในเว็บไซต์ของกรมกิจการผู้สูงอายุ

อนึ่ง ในกรณีที่คณะกรรมการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลกำหนดหลักเกณฑ์วิธีการใด ๆ ในอนาคตที่มีผล ทำให้การให้ความยินยอมตามหนังสือฉบับนี้จะต้องเปลี่ยนแปลง ปรับปรุง หรือแก้ไข เพื่อให้สอดคล้อง กับหลักเกณฑ์และวิธีการดังกล่าว ข้าพเจ้ายินดีที่จะให้ ศพส.จังหวัดสงขลา ดำเนินการจัดทำหนังสือยินยอมขึ้นใหม่

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....
ได้รับทราบและเข้าใจเนื้อหาเกี่ยวกับการขอความยินยอม การเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล แล้ว โดย

☐ การอ่าน ☐ เจ้าหน้าที่อ่านข้อความในเอกสาร พร้อมชี้แจงรายละเอียด
จึงได้ ☐ ลงลายมือชื่อ ☐ พิมพ์ลายนิ้วมือ.....ข้าง.....
เป็นหลักฐานต่อหน้าเจ้าหน้าที่และพยาน ณ วัน เดือน ปี ดังกล่าวข้างต้น

ลงชื่อ/พิมพ์ลายนิ้วมือ.....ผู้ให้บริการ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้อ่าน/ชี้แจง ลงชื่อ.....พยาน
(.....) (.....)
ตำแหน่ง..... ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ ๑. หนังสือฉบับนี้พัฒนาขึ้นตามแนวทางที่ได้มีการเผยแพร่ในเว็บไซต์กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ที่ https://www.m-society.go.th/ewtadmin/ewt/mso_web/article_attach/37541/25512.docx
๒. ดูรายละเอียด นโยบายการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ของกรมกิจการผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๖๗ ที่ <https://www.dop.go.th/download/webpolicy/policy-th17231881377.pdf>
หรือสแกนรหัสคิวอาร์





ที่ พม ๐๔๐๔.๐๗/

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ
จังหวัดสงขลา ตำบลจะแหน อำเภอสะบ้าย้อย
จังหวัดสงขลา ๙๐๒๑๐

พฤษภาคม ๒๕๖๗

เรื่อง แจ้งข้อมูลผู้สูงอายุเข้าใช้บริการในหน่วยงาน

เรียน นายกเทศมนตรี.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ให้บริการ

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา เป็นหน่วยงานราชการสังกัดกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีภารกิจในการจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนเนื่องจากมีฐานะยากจน ไม่มีที่อยู่อาศัยขาดผู้อุปการะหรือให้ความช่วยเหลือดูแล โดยจัดบริการด้านปัจจัยสี่ การฟื้นฟูพัฒนาศักยภาพและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตตามกระบวนการงานสังคมสงเคราะห์ ตลอดจนส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาองค์กรเครือข่ายในการจัดสวัสดิการสังคม บูรณาการและปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือทั้งระยะสั้นและระยะยาวแก่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา ขอเรียนมายังท่านเพื่อโปรดทราบว่าได้รับนาย..... เพื่อคุ้มครองสวัสดิภาพผู้สูงอายุในหน่วยงาน เมื่อวันที่ ๒๕๖๗ โดยการนำส่งของ..... ซึ่งปรากฏข้อมูลว่าเป็นบุคคลที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ของท่าน ทั้งนี้ การเข้าใช้บริการในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา ย่อมกระทบถึงสิทธิสวัสดิการที่ได้รับหรือพึงได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้าน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายมงคล ยะภักดี)

ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา

กลุ่มส่งเสริมสวัสดิการและคุ้มครองทางสังคม

โทร. ๐ ๗๔๘๐ ๑๙๓๐ โทรสาร ๐ ๗๔๘๐ ๑๙๓๑

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ Songkhla.DOP@gmail.com

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา
กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

เอกสารชุดแรกครับ

- SK01_1 หนังสือขออนุมัติรับเข้า
- SK01_2 แบบบันทึกประวัติและประเมินสมรรถนะผู้ให้บริการแรกครับ
- SK01_3 แบบประเมินสภาวะผู้สูงอายุแรกครับ (ADL)
- SK01_4 แบบตรวจสอบทรัพย์สินและเอกสารผู้ให้บริการแรกครับ
- SK01_5 แบบคัดลายมือผู้ให้บริการแรกครับ
- SK01_6 แบบพิมพ์ลายนิ้วมือผู้ให้บริการแรกครับ
- SK01_7 แบบแจ้งข้อปฏิบัติของผู้ให้บริการ
- SK01_8 แบบแจ้งข้อจำกัดด้านสิทธิและสวัสดิการ
- SK01_9 เทมเพลต ภาพถ่ายแรกครับ
- SK01_10 แบบหนังสือขอความยินยอม การเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล
- SK09_1 หนังสือแจ้ง อปท. เพื่อดำเนินการด้านสิทธิสวัสดิการ

ดาวน์โหลดไฟล์ MS-Word และ PDF ได้ที่รหัสคิวอาร์

