

## คู่มือการปฏิบัติงานสุขภาพภาคประชาชน

### หน้าที่ความรับผิดชอบ

งานสุขภาพภาคประชาชน มีกลุ่มแกนนำสุขภาพชุมชนถือเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนให้สังคมชุมชน และท้องถิ่นมีทิศทางการพัฒนาด้านการดูแลสุขภาพที่ชัดเจนและมีศักยภาพมากยิ่งขึ้น มีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้มีความรู้ เกิดความตระหนักในเรื่องการดูแลสุขภาพ เป็นตัวอย่างที่ดีให้กับประชาชน และพร้อมที่จะเป็นตัวอย่างในการพัฒนาด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนเป็นผู้นำในการสร้างสุขภาพให้แก่ประชาชนในชุมชน เพื่อให้ชุมชนสามารถจัดระบบสุขภาพชุมชนได้อย่างเหมาะสมด้วยตนเอง

งานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี เพื่อใช้ในการสนับสนุนให้องค์กรหรือกลุ่มประชาชน ร่วมดำเนินกิจกรรมการจัดบริการสาธารณสุขในท้องถิ่น สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกในพื้นที่

### ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

#### ๑. โครงการอบรมและพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพชุมชน

##### ๑.๑ จัดอบรมแกนนำสุขภาพชุมชนด้านสาธารณสุข

มีการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ด้านสาธารณสุขให้แก่แกนนำสุขภาพชุมชน ปีละ ๑ ครั้ง เพื่อนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลด้านสุขภาพคนในชุมชนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพ

##### ๑.๒ จัดกิจกรรมมหกรรมสุขภาพและประชุมวิชาการด้านสุขภาพ

เพื่อส่งเสริมให้แกนนำสุขภาพชุมชนพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงาน มีการนำเสนอแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านนวัตกรรมต่างๆในการดูแลสุขภาพคนในชุมชน

##### ๑.๓ จัดอบรมและนำแกนนำสุขภาพชุมชน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ชุมชนตัวอย่างด้านสุขภาพต่างพื้นที่

เพื่อเพิ่มพูนศักยภาพในการปฏิบัติงานของแกนนำสุขภาพชุมชน และนำความรู้ที่ได้รับจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้มาปรับใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

#### ๒. โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมการดำเนินงานของแกนนำสุขภาพชุมชน

มีการจัดประชุมทางวิชาการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดำเนินงานด้านสุขภาพและนำเสนอผลการดำเนินงานของแต่ละชุมชนอย่างต่อเนื่องทุกเดือน

#### ๓. โครงการพระราชดำริด้านสาธารณสุข

งบเงินอุดหนุน เงินอุดหนุนทั่วไป สำหรับการดำเนินงานตามแนวทางโครงการพระราชดำริ ให้จัดดำเนินโครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก ของ สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

งานสุขภาพภาคประชาชน ของเทศบาลรับผิดชอบในการประสานงานในเรื่องของแกนนำสุขภาพชุมชน (อสม.) กับหน่วยบริการในเขตพื้นที่เทศบาลฯ ซึ่งประกอบไปด้วย

๑. ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี(ตป)

๒. ศูนย์บริการสาธารณสุขสวนหลวง ร. ๙

๓. ศูนย์บริการสาธารณสุขฝั่งบางไผ่

๔. ศูนย์บริการสาธารณสุขปึงขุนทะเล
๕. ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองตลาดดอนนก
๖. ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธารวาส
๗. ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพหวาย
๘. ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี
๙. ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองศรีวิชัย
๑๐. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะขามเตี้ย
๑๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกุ้ง

### ขั้นตอนการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)

๑. ประชาชนที่สนใจสมัครเข้ามาเป็น อสม. จะต้องมีความสมัครใจตามที่กำหนด ต้องเป็นบุคคลที่มีจิตอาสา จิตสาธารณะ และต้องปฏิบัติงานในพื้นที่รับผิดชอบอย่างจริงจัง โดยให้เจ้าหน้าที่หน่วยบริการที่ตนเองสังกัดและประธาน อสม.รับรองเอกสารการสมัคร คนที่ยังไม่ได้ผ่านการอบรม อสม.ใหม่จะไม่ได้รับเงินค่าป่วยการ

| ใบสมัคร อสม. เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี                                                                                                             |                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| เขียนที่.....                                                                                                                                  |                      |
| วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....                                                                                                                  |                      |
| ข้าพเจ้า นาย,นาง,นางสาว.....อายุ.....ปี บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....<br>ถนน.....ตำบล.....ชุมชน.....อำเภอ.....เมือง.....จังหวัด.....สุราษฎร์ธานี |                      |
| ได้ศึกษาและเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของการเป็น อสม. แล้ว ข้าพเจ้าขอสัญญาว่าจะปฏิบัติ ดังต่อไปนี้                                                   |                      |
| ข้อที่ ๑ ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามมติส่วนใหญ่ และยอมรับมติที่ประชุมทุกครั้ง                                                                         |                      |
| ข้อที่ ๒ ข้าพเจ้าเข้าร่วมได้ประจำทุกเดือน และเข้าร่วมกิจกรรมพิเศษที่กำหนดขึ้นทุกครั้ง หากมีความจำเป็น                                          |                      |
| ขาดการประชุมจะแจ้งให้ประธานกลุ่มหรือเจ้าหน้าที่ทราบทุกครั้ง                                                                                    |                      |
| ข้อที่ ๓ เมื่อข้าพเจ้าขาดการประชุมครั้งใด ข้าพเจ้าจะสอบถามถึงกิจกรรมที่ได้ประชุมผ่านไปยังอาสาสมัครด้วยตนเองและจะส่งงาน (ถ้ามี) อย่างครบถ้วน    |                      |
| ข้อที่ ๔ ข้าพเจ้าจะสรรหาชุดเครื่องแบบ อสม. (สีเทา) ตามแบบที่กำหนดเอง หลังจากเป็น อสม. ๓ เดือน และ                                              |                      |
| จะแต่งเครื่องแบบ อสม. มาทุกครั้ง เมื่อมีการประชุม หรือทำกิจกรรม หรือเข้าปฏิบัติในสถานบริการสาธารณสุข                                           |                      |
| ข้อที่ ๕ ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามบทบาท อสม. ที่ว่า "แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชีบบริการ ประสานงาน                                                   |                      |
| สาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี" อย่างเคร่งครัด                                                                            |                      |
| ข้อที่ ๖ ข้าพเจ้าจะชวนช่วยหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ และจะนำความรู้ที่ได้รับมาเผยแพร่ต่อในชุมชนให้เกิดประโยชน์มากที่สุด                        |                      |
| ข้อที่ ๗ ข้าพเจ้าจะให้ความร่วมมือกับทุกหน่วยงานที่ประสานงานผ่านเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี และจะส่งเสริม                                             |                      |
| งานสาธารณสุขในชุมชนให้มีปัญหาน้อยที่สุด                                                                                                        |                      |
| ข้อที่ ๘ ข้าพเจ้าจะส่งเสริม สนับสนุน สร้างสรรค์ ต่อหน่วยงานผู้รับผิดชอบและชมรม อสม. เทศบาลนคร                                                  |                      |
| สุราษฎร์ธานี ในทางที่ดีและเคารพสิทธิ หน้าที่ทั้งตนเอง เพื่อนร่วมงาน ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเทศบาลนคร                                     |                      |
| สุราษฎร์ธานี                                                                                                                                   |                      |
| ข้อที่ ๙ ข้าพเจ้าจะสร้างความสามัคคีให้เกิดขึ้นในทุกสถานการณ์                                                                                   |                      |
| ข้อที่ ๑๐ ข้าพเจ้าจะรักษาความลับของผู้ป่วยและครอบครัวที่ข้าพเจ้าได้รับทราบโดยหน้าที่อย่างเคร่งครัด และ                                         |                      |
| จะปฏิบัติงานในหน้าที่รับผิดชอบด้วยความรู้ที่แท้จริง                                                                                            |                      |
| (ส่งพร้อมสำเนาบัตรประชาชน/ทะเบียนบ้านปัจจุบัน อย่างละ ๑ ฉบับ และรูปถ่าย ๑ นิ้ว ๒ รูป )                                                         |                      |
| ลงชื่อ.....ผู้สมัคร                                                                                                                            | ลงชื่อ.....ผู้รับรอง |
| (.....)                                                                                                                                        | (.....)              |
| ความเห็นของเจ้าหน้าที่                                                                                                                         |                      |
| ( ) รับเป็น อสม. ( ) ไม่รับเป็น อสม. เพราะ.....                                                                                                |                      |
| ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สาธารณสุข                                                                                                                |                      |

๒. เมื่อสมัครเป็น อสม.เรียบร้อยแล้ว จะสมัครหรือไม่สมัครเป็นสมาชิกของชมรม อสม.เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ก็ได้

| ใบสมัครชมรม อสม. เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                     |                      |         |         |  |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------|----------------------|---------|---------|--|------------------------|
| ประจำปี .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                        |                     |                      |         |         |  |                        |
| <p>ชมรม อสม. เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี มีจุดมุ่งหมายชัดเจนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของสมาชิกชมรม อสม. ซึ่งชมรมมีความต้องการที่จะพัฒนาความเป็นอยู่ของสมาชิกชมรม อสม.ให้ดำรงชีวิตในส่วนของสิทธิโดยสมาชิกจะได้รับค่าสวัสดิการต่าง ๆ ของชมรมตามมติของกรรมการบริหารชมรม อสม. เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ดังปรากฏในระเบียบข้อบังคับของชมรมฯ โดยสมาชิกต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและเป็นเจ้าของชมรมฯ</p> <p>ดังนั้น ข้าพเจ้าจึงมีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกชมรมฯ ประเภทต่อไปนี้</p> <p><input type="radio"/> ๑. สมาชิกกิตติมศักดิ์ ตามคำเชิญของชมรมฯ ยกเว้นค่าบำรุงชมรมฯ</p> <p><input type="radio"/> ๒. สมาชิกสามัญ</p> <p><input type="radio"/> ๒.๑ สมาชิกเก่า ๑๒๐ บาท (ชมรม อสม. เทศบาล ๑๐๐ บาท, ชมรม อสม. จังหวัด ๒๐ บาท)</p> <p><input type="radio"/> ๒.๒ สมาชิกใหม่ ๑๓๐ บาท (ชมรม อสม.เทศบาล ๑๐๐ บาทและค่าลงทะเบียน ๓๐ บาท, ชมรม อสม. จังหวัด ๒๐ บาท)</p> <p><input type="radio"/> ๓. สมาชิกสมทบ เก้า/ใหม่ ๑๐๐ บาท (อสม.ที่ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ อสม.ได้ แต่ยังคงเป็น อสม.อยู่เท่านั้น)</p> <p>ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงขอให้ผู้ประสงค์สมัครเข้าเป็นสมาชิก ชมรม อสม. เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ปี ..... กรอกข้อมูลในช่องว่างตามความเป็นจริง ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ของสมาชิกเอง ดังนี้</p> <p>วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p> <p>ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....กรุปเลือด.....</p> <p>วันเดือนปีเกิด.....ปัจจุบันอายุ.....ปี เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....</p> <p>ชื่อ-สกุลของบิดา.....อายุ.....ปี ชื่อ-สกุลมารดา.....อายุ.....ปี</p> <p>สภาพสมรส ( ) โสด ( ) สมรส ( ) หย่า ( ) แยกกันอยู่</p> <p>ชื่อ-สกุลคู่สมรส.....อายุ.....ปี จำนวนบุตร.....คน ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....</p> <p>ถนน/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....อ.เมืองฯ จ.สุราษฎร์ธานี</p> <p>ภูมิลำเนา.....อาชีพ.....หมายเลขโทรศัพท์.....เป็น อสม. ชุมชน.....</p> <p>หากข้าพเจ้าถึงแก่กรรมขอมอบเงินสวัสดิการให้แก่ผู้รับผลประโยชน์ ดังนี้</p> <p>๑. ....ความสัมพันธ์.....</p> <p>๒. ....ความสัมพันธ์.....</p> <p>๓. ....ความสัมพันธ์.....</p> <p>ข้าพเจ้าขอสัญญาว่าจะปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ ข้อบังคับของชมรม อสม. เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ทุกประการ โดยไม่มีข้อขัดแย้งใดๆ</p> <table><tr><td>ลงชื่อ.....ผู้สมัคร</td><td>ลงชื่อ.....ผู้รับรอง</td></tr><tr><td>(.....)</td><td>(.....)</td></tr><tr><td></td><td>ประธาน อสม. ชุมชน.....</td></tr></table> |                        | ลงชื่อ.....ผู้สมัคร | ลงชื่อ.....ผู้รับรอง | (.....) | (.....) |  | ประธาน อสม. ชุมชน..... |
| ลงชื่อ.....ผู้สมัคร                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ลงชื่อ.....ผู้รับรอง   |                     |                      |         |         |  |                        |
| (.....)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | (.....)                |                     |                      |         |         |  |                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ประธาน อสม. ชุมชน..... |                     |                      |         |         |  |                        |

๓. เมื่อ อสม.มีความประสงค์ต้องการย้ายที่อยู่ จำเป็นจะต้องเขียนใบคำร้องขอย้ายพื้นที่การปฏิบัติ  
งานของ อสม.พร้อมแนบหลักฐานให้ครบถ้วน โดยให้เจ้าหน้าที่หน่วยบริการและประธาน อสม.รับรองเอกสาร

ใบคำร้องขอย้ายพื้นที่ปฏิบัติงานของ อสม.  
เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี  
\*\*\*\*\*

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

เรื่อง ขอย้ายพื้นที่ปฏิบัติงาน  
เรียน .....

(๑) ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....  
อายุ.....ปี

(๒) ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์บ้าน.....  
โทรศัพท์มือถือ.....

(๓) ประวัติส่วนตัว  
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ อื่น ๆ

(๔) วุฒิทางการศึกษา ☐ ประถม ☐ มัธยม ☐ ปวช./ปวส. ☐ อื่น ๆ

(๕) ปัจจุบันเป็น อสม.ตำแหน่ง.....  
ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....รวมระยะเวลา.....ปี  
สังกัดหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ คือ.....

(๖) ขณะนี้ ☐ ยังไม่ได้รับคำบอกรับ ☐ ได้รับคำบอกรับแล้ว

(๗) การขอย้ายพื้นที่ปฏิบัติงาน จากชุมชน.....ไปปฏิบัติงาน  
สังกัดพื้นที่หน่วยบริการสาธารณสุข.....สังกัดพื้นที่หน่วยบริการสาธารณสุข  
ในชุมชน.....

(๘) เหตุผลที่ขอย้ายพื้นที่ปฏิบัติงาน คือ.....

ลงชื่อ.....อสม./ผู้ขอ้ายพื้นที่  
(.....)

(๙) คำรับรองของประธาน อสม.ชุมชน.....  
ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....  
ตำแหน่งประธาน อสม.ชุมชน.....เป็นผู้ใกล้ชิดกับ อสม.  
ขอรับรองว่า อสม. ....เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย  
มีความรู้ความสามารถ มีความตั้งใจในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี

ลงชื่อ.....ประธาน อสม.ชุมชน  
(.....)

(๑๐) คำรับรองการย้ายออกจากพื้นที่  
ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....  
ได้ตรวจสอบแล้ว ในพื้นที่หน่วยบริการสาธารณสุขนี้ มี อสม.ปฏิบัติงาน.....คน  
☐ ไม่เพียงพอ ☐ เพียงพอ และ ☐ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต  
ให้ อสม. ....ย้ายพื้นที่ปฏิบัติงานได้  
☐ ไม่สมควรย้ายพื้นที่

ลงชื่อ.....  
(.....)  
หัวหน้าหน่วยบริการสาธารณสุขพื้นที่.....

(๑๑) คำรับรองการย้ายเข้าปฏิบัติงานในพื้นที่  
ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....  
ขอแจ้งว่า ยินดีรับ อสม. ....ที่จะย้ายเข้ามาปฏิบัติงานในพื้นที่  
ชุมชน.....ของหน่วยบริการสาธารณสุข.....  
และมีพื้นที่จำนวน.....หลังคาเรือนให้รับผิดชอบ จำนวน.....หลังคาเรือน

ลงชื่อ.....  
(.....)  
หัวหน้าหน่วยบริการสาธารณสุขพื้นที่.....

(๑๒) คำรับรองการย้ายเข้าปฏิบัติงานในพื้นที่  
ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....  
ประธาน อสม.ชุมชน.....ยินดีรับ อสม.  
เข้ามาปฏิบัติงานในชุมชน.....

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ประธาน อสม.ชุมชน.....

หมายเหตุ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบคำพิจารณา ดังนี้  
๑. สำเนาบัตรประจำตัว อสม. จำนวน ๑ ฉบับ  
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ  
๓. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

๔. เมื่อต้องการลาออกจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะต้องเขียนใบลาออก พร้อมทั้งให้เจ้าหน้าที่หน่วยบริการ ประธาน อสม.ในชุมชน และประธานชมรม อสม.ของเทศบาลรับรองเอกสารและส่งมาให้งานสุขภาพภาคประชาชนดำเนินการเรื่องขั้นตอนการลาออกของ อสม.ต่อไป



ใบลาออกจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

เรื่อง ขอลาออก

เรียน นายกเทศมนตรีนครสุราษฎร์ธานี

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดสุราษฎร์ธานี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....มีความประสงค์ขอลาออกจากการเป็นอาสาสมัคร  
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เนื่องด้วยเหตุ.....

ตั้งแต่วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....  
(.....)

อสม.ผู้ลาออก

ลงชื่อ.....  
(.....)

ประธาน อสม.ชุมชน.....

ลงชื่อ.....  
(.....)

หัวหน้าศูนย์.....

ลงชื่อ.....  
(.....)

ประธานชมรม อสม.เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี

เลขทะเบียนสมาชิกที่...../๒๕.....

เรียน นายกสมาคม ฅกส. อสม.

... เหตุผล : ให้ จนท. ในสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่รับรอง

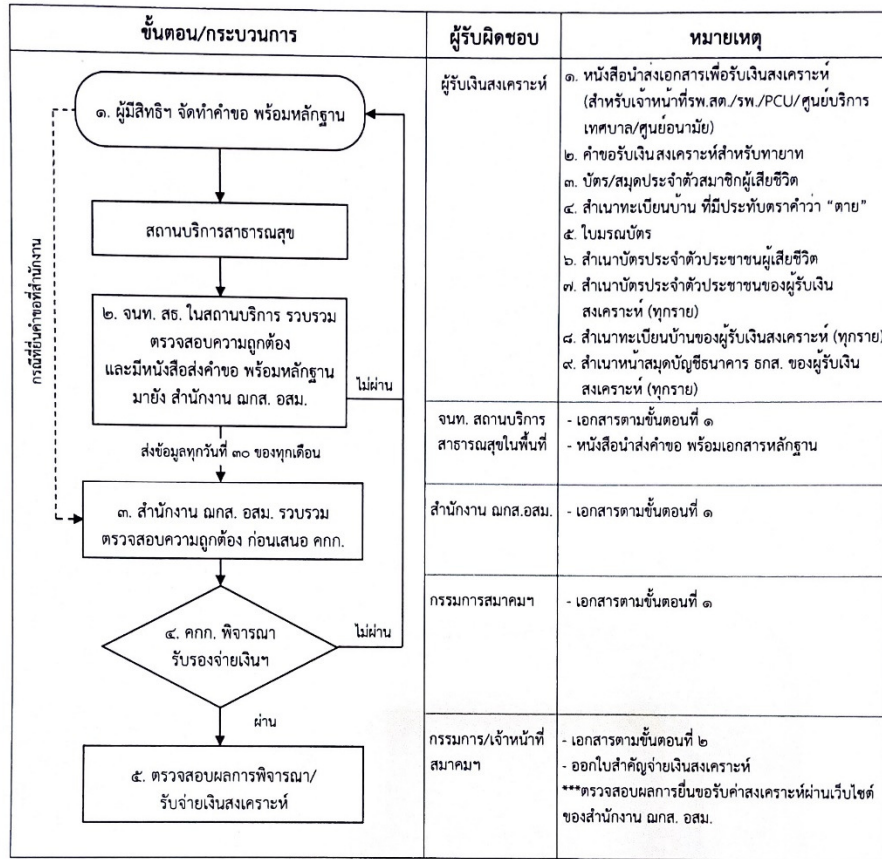
(ลงชื่อ).....  
(.....)  
นายกสมาคม ณ.กส. อสม.

๖. กรณีที่ อสม.เสียชีวิต ทายาทผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์จะต้องเตรียมเอกสารการเสียชีวิต พร้อม

หลักฐานของทายาทเองเพื่อมาประกอบการขอรับเงิน โดยทายาทผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์กรอกเอกสารให้คนทุกคน และให้เจ้าหน้าที่หน่วยบริการรับรองเอกสาร และส่งมาให้งานสุขภาพภาคประชาชนดำเนินการเรื่อง ขั้นตอนการขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพ ต่อไป

| ฅมกส.อสม.๕                                                                                                                                                                                                                                                              |                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>คำขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพ หรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัว</b>                                                                                                                                                                                              |                                  |
| เขียนที่.....                                                                                                                                                                                                                                                           |                                  |
| วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....                                                                                                                                                                                                                                           |                                  |
| เรื่อง ขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพ                                                                                                                                                                                                                                    |                                  |
| เรียน นายกสมาคมอปกกิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย                                                                                                                                                                                              |                                  |
| ๑. ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....                                                                                                                                                                                                     |                                  |
| ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....                                                                                                                                                                                                              |                                  |
| เลขบัตรประจำตัวประชาชน <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                                |                                  |
| ๒. ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....                                                                                                                                                                                                     |                                  |
| ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....                                                                                                                                                                                                              |                                  |
| เลขบัตรประจำตัวประชาชน <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                                |                                  |
| ๓. ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....                                                                                                                                                                                                     |                                  |
| ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....                                                                                                                                                                                                              |                                  |
| เลขบัตรประจำตัวประชาชน <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                                |                                  |
| ๔. ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....                                                                                                                                                                                                     |                                  |
| ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....                                                                                                                                                                                                              |                                  |
| เลขบัตรประจำตัวประชาชน <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                                |                                  |
| เป็นผู้มีสิทธิยื่นขอรับเงินสงเคราะห์ของ.....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....                                                                                                                                                                                                    |                                  |
| เลขบัตรประจำตัวประชาชน <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ซึ่งถึงแก่กรรมเมื่อวันที่..... |                                  |
| เดือน.....พ.ศ..... ด้วยสาเหตุการเสียชีวิต.....ตามใบมรณะบัตรเลขที่.....                                                                                                                                                                                                  |                                  |
| ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....                                                                                                                                                                                                                                         |                                  |
| ข้าพเจ้าได้ยื่นหลักฐาน พร้อมคำขอนี้ด้วยแล้ว คือ                                                                                                                                                                                                                         |                                  |
| ๑. บัตร/สมุดประจำตัวสมาชิกผู้ถึงแก่ความตาย                                                                                                                                                                                                                              |                                  |
| ๒. สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิกผู้ถึงแก่ความตาย ที่มีประทับตราคำว่า “ตาย”                                                                                                                                                                                                  |                                  |
| ๓. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ (ทุกราย)                                                                                                                                                                                                                    |                                  |
| ๔. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ (ทุกราย)                                                                                                                                                                                                            |                                  |
| ๕. สำเนานำสมุดบัญชีธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส.)                                                                                                                                                                                                          |                                  |
| ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงินสงเคราะห์                                                                                                                                                                                                                                        | ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ |
| (.....)                                                                                                                                                                                                                                                                 | (.....)                          |
| ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงินสงเคราะห์                                                                                                                                                                                                                                        | ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ |
| (.....)                                                                                                                                                                                                                                                                 | (.....)                          |
| ลงชื่อ.....ผู้รับรอง (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานบริการ)                                                                                                                                                                                                                 |                                  |
| (.....)                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                  |

**ขั้นตอนการยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ศพสมาชิก ฅกส. อสม. (สำหรับ ผู้รับเงินสงเคราะห์)**



หมายเหตุ : กรณีที่ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ของสมาชิกในเขตกรุงเทพมหานคร เขตปริมณฑล หรือผู้ที่มีความประสงค์จะยื่นขอรับเงินสงเคราะห์ด้วยตนเองที่สำนักงาน ฅกส. อสม. ให้ยื่นคำขอ พร้อมเอกสารได้ในระหว่างวันที่ ๑ - ๑๒ ของทุกเดือน

## การดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี

ทางกองทุนของเราได้มีการประชาสัมพันธ์ทางเพจ Facebook ที่มีชื่อว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี” เพื่อใช้ในการสนับสนุนให้องค์กรหรือกลุ่มประชาชน ร่วมดำเนินกิจกรรมการจัดบริการสาธารณสุขในท้องถิ่น สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกในพื้นที่



**ขอเชิญหน่วยงาน องค์กรประชาชน หรือกลุ่มประชาชน**  
**ร่วมเสนอโครงการเพื่อขอรับงบประมาณสนับสนุน**  
จากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ประจำปีงบประมาณ 2566  
**“เพื่อจัดโครงการส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู รักษาสุขภาพ”**  
**ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2565 – 30 กันยายน 2566**



**สแกนคิวอาร์โค้ด**  
เพื่อรับแบบฟอร์มเสนอโครงการ  
หรือ สามารถส่งโครงการได้ที่  
สำนักสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี  
**☎ โทร. 0-7720-6894**

เมื่อมีการเสนอแผนงาน/โครงการ เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนแล้ว ทางเจ้าหน้าที่กองทุนจะจัดให้มีการประชุมคณะกรรมการ/อนุกรรมการฝ่ายพิจารณาแผนงาน/โครงการ ไตรมาสละ ๑ ครั้ง



หลังจากพิจารณาแผนงาน/โครงการ เสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว จะมีการนัดประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี เพื่ออนุมัติแผนงาน/โครงการ และเบิกจ่ายเงินให้กับผู้ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฯ เพื่อจัดดำเนินโครงการต่อไป



เมื่อองค์กร หน่วยงานที่ขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฯจัดดำเนินโครงการ จะต้องแจ้งให้ทาง คณะกรรมการ/อนุกรรม ฝ่ายติดตามและประเมินผลโครงการของกองทุนฯได้ลงพื้นที่พบปะ พูดคุยให้ คำแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินโครงการให้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ และจัดประชุมคณะกรรมการ/ อนุกรรมการฝ่ายติดตามประเมินผลโครงการ ทุกวันศุกร์สุดท้ายของเดือน เพื่อติดตามผลการดำเนินงานของแต่ละโครงการ



**โครงการสร้างเสริมศักยภาพ อสม. เพื่อพัฒนาสุขภาพในชุมชน**  
โดย แก่นนำสุขภาพชุมชน (อสม.) ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี  
ศูนย์ 2 สวทหลวง S.9



**โครงการในสิกร่วมใจส่งเสริมสุขภาพวัยผู้สูงอายุ (ชมรมผู้สูงอายุ)**  
โดย ชมรมผู้สูงอายุในสังกัด



