

เอกสารชี้แจงโรงพยาบาล/ทีมผู้ดูแลรักษา

โครงการ Diabetes Rescue Supply and Support ปีที่ 1/2563

กองทุนเพื่อให้ชีวิตใหม่คนไข้เบาหวาน

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลเบาหวานด้วยตนเองตามมาตรฐาน
2. เพื่อส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานของประชาชน

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 ทุกช่วงอายุ ที่รักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการให้ Diabetes Self-Management Education and Support (DSMES) โดยสามารถให้การดูแลรักษาติดตาม ตามมาตรฐานได้

การเลือกชุดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้เป็นเบาหวาน

ทีมเบาหวาน/ ผู้ดูแลรักษาคัดเลือกผู้ป่วยที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ หรืออยู่ระหว่างการดำเนินการขอทุน/รอลิทธิประโยชน์จากโครงการอื่นๆ โดยเลือกรับชุดสิทธิประโยชน์ข้อใดข้อหนึ่ง ตามความจำเป็นและใกล้เคียงกับการใช้ประโยชน์จริง ดังนี้

1. ชุดสิทธิประโยชน์ 3 เดือน

- แผ่นตรวจน้ำตาล 2 แผ่นต่อวัน หรือ
- แผ่นตรวจน้ำตาล 4 แผ่นต่อวัน
- แผ่นตรวจสารคีโตนในปัสสาวะ

2. ชุดสิทธิประโยชน์ 6 เดือน

- แผ่นตรวจน้ำตาล 2 แผ่นต่อวัน หรือ
- แผ่นตรวจน้ำตาล 4 แผ่นต่อวัน
- แผ่นตรวจสารคีโตนในปัสสาวะ

3. การสนับสนุนอื่นๆ ด้านอุปกรณ์ พร้อมระบุเหตุผลความจำเป็น และระยะเวลา

ขั้นตอนการสมัครเข้าโครงการ

1. ทีมผู้ดูแลรักษา กรอกใบสมัคร **ใบสมัครโครงการ Diabetes Rescue Supply and Support** เพื่อยืนยันรับทุน และระบุยอดค่าใช้จ่ายอุปกรณ์ที่ต้องการความสนับสนุน โดยอ้างอิงจากราคากลางของห้องยาหรือเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาล ตามค่าใช้จ่ายจริง
2. เอกสารสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร ของหน่วยงาน หรือ บัญชีส่วนบุคคลของทีมผู้รักษาที่เปิดร่วมกันอย่างน้อย 2 ท่าน และสำเนาบัตรประชาชนของชื่อเจ้าของบัญชี ซึ่งจะเป็นบัญชีเพื่อรับทุน (กรรมการกองทุนฯ มีนโยบาย ไม่สนับสนุนเงินสดแก่คนไข้โดยตรง)
3. โครงการ Diabetes Rescue Supply and Support กองทุนเพื่อให้ชีวิตใหม่คนไข้เบาหวาน สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ มีรอบการพิจารณาทุก 3 เดือน
4. ส่งมาที่ สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ชั้น 11 โซน A เลขที่ 2 ซ.เพชรบุรี 47 ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทร. 084-468-0711 , 02-716-5412 email: info@dmthai.org

หากได้รับการพิจารณาอนุมัติทุน และจัดเตรียมเอกสาร

1. ผู้รับทุน ต้องจัดเก็บเอกสารหลักฐาน ในการเบิกจ่ายเงินในการซื้อหรือจัดหาอุปกรณ์ ยา ฯลฯ เพื่อให้คณะกรรมการกองทุนฯ ตรวจสอบได้ เช่น ใบเสร็จค่าใช้จ่าย หรือใบสำคัญรับเงิน และลงลายมือชื่อของคนไข้ และสำเนาบัตรประชาชน และระบุจำนวนยาหรืออุปกรณ์ที่ได้รับจริง และส่งหลักฐานทั้งหมดของคนไข้ ไม่เกิน 2 สัปดาห์ ตามที่ขอรับทุนจนครบตามจำนวน ผ่านทาง email: info@dmthai.org