



เหล่ากาชาดจังหวัดลำปาง  
Lampang Province Red Cross Chapter

ประกาศเหล่ากาชาดจังหวัดลำปาง

เรื่อง รับสมัครผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีอาการเดินติด ก้าวขาไม่ออก  
เพื่อรับมอบ “ไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน” พ.ศ. ๒๕๖๓ ตามโครงการไม้เท้าเลเซอร์ช่วยเดินพระราชทาน  
เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง

\*\*\*\*\*

สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดลำปาง มีความประสงค์รับสมัครผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีอาการเดินติด ก้าวขาไม่ออก เพื่อรับมอบ “ไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน” พ.ศ. ๒๕๖๓ ตามโครงการไม้เท้าเลเซอร์ช่วยเดินพระราชทานเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ดังนี้

๑. รับสมัคร ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีอาการเดินติด ก้าวขาไม่ออก เพื่อรับมอบ “ไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน” พ.ศ. ๒๕๖๓ ตามโครงการไม้เท้าเลเซอร์ช่วยเดินพระราชทาน เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง

๑.๑ เกณฑ์การคัดเลือก คณะกรรมการพิจารณากลั่นกรอง พิจารณากลั่นกรองผู้สมัครที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด เพื่อเสนอชื่อให้สภากาชาดไทยพิจารณาคัดเลือกในระดับประเทศ โดยไม่จำกัดจำนวนตามข้อเท็จจริงของความต้องการของผู้ป่วย

๑.๒ คุณสมบัติผู้สมัคร ประกอบด้วย

- ๒.๑ มีภูมิลำเนาอยู่ในทะเบียนบ้านในพื้นที่จังหวัดลำปาง ติดต่อกันมาแล้วไม่น้อยกว่า ๖ เดือน
- ๒.๒ มีสัญชาติไทย เชื้อชาติไทย
- ๒.๓ มีรายได้สุทธิของครอบครัวต่อคน / ต่อปี ไม่เกิน ๓๐,๐๐๐ บาท หากมีรายได้เกินกว่า ๓๐,๐๐๐ บาท แต่มีเหตุผลความจำเป็นสมควรได้รับความช่วยเหลือให้อยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการ
- ๒.๔ มีใบรับรองแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคพาร์กินสันที่แพทย์โรงพยาบาลในสังกัดรัฐออกให้ภายในระยะเวลาไม่เกิน ๑ ปี นับแต่วันรับสมัคร
- ๒.๕ ให้ความร่วมมือกับศูนย์พาร์กินสันฯ ในการประเมินอาการเดินติด ก้าวขาไม่ออก เมื่อได้รับการร้องขอ

๒. การรับสมัคร

๒.๑ วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

๒.๑.๑ รับสมัคร ณ สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดลำปาง ระหว่างวันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๖๓ ถึงวันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๓ ตามวันและเวลาราชการ

๒.๑.๒ ผู้สนใจสอบถามรายละเอียดและขอรับใบสมัครด้วยตนเองได้ที่สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดลำปาง

๒.๑.๓ การยื่นใบสมัคร ยื่นด้วยตนเอง พร้อมเอกสารและหลักฐานที่กำหนด ณ สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดลำปาง

๒.๒ หลักฐานที่ต้องนำมายื่นพร้อมใบสมัคร

๓.๑ ใบสมัคร (รับได้ ณ สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดลำปาง)

๓.๒ ภาพถ่ายผู้สมัครสภาพปัจจุบัน จำนวน ๒ ภาพ (จำนวน ๒ รูปภาพ พิมพ์ลงกระดาษ A ๔)

๓.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๒ ชุด

๓.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๒ ชุด

/๓.๕ ใบรับรองแพทย์...

๓.๕ ใบรับรองแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคพาร์กินสันที่แพทย์โรงพยาบาลในสังกัดรัฐออกให้ภายในระยะเวลาไม่เกิน ๑ ปี นับแต่วันรับสมัคร

**๓. เงื่อนไขการรับสมัคร**

๓.๑ ผู้สมัครจะต้องรับผิดชอบในการตรวจสอบและรับรองตนเองว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติตรงตามประกาศรับสมัคร

๓.๒ ผู้สมัครจะต้องเป็นผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีอาการเดินติด ก้าวขาไม่ออก

**๔. ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก**

จะประกาศรายชื่อผู้สมัครที่ผ่านการคัดเลือกเพื่อเสนอชื่อให้สภากาชาดไทยพิจารณาคัดเลือกระดับประเทศ ในวันที่ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๓ ณ สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดลำปาง

**๕. วิธีการคัดเลือก**

คณะกรรมการพิจารณากันกรอง จะพิจารณากันกรองผู้สมัครที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยเรียงลำดับความสำคัญ เพื่อเสนอชื่อให้สภากาชาดไทยพิจารณาคัดเลือกระดับประเทศ โดยไม่จำกัดจำนวนตามข้อเท็จจริงของความต้องการของผู้ป่วย

**๖. เกณฑ์การตัดสิน**

สภากาชาดไทย จะพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีอาการเดินติด ก้าวขาไม่ออก ที่เป็นผู้สมัครเข้าร่วมโครงการที่มีคุณสมบัติครบถ้วน และมีความจำเป็นและต้องการใช้ “ไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน” ผลการพิจารณาของสภากาชาดไทย ถือเป็นที่สุด

ประกาศ ณ วันที่ ๒๓ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๓



(นางจินจนา โอสธนากร)

นายกเหล่ากาชาดจังหวัดลำปาง