**ใบสมัครเข้าพัก บ้านผู้สูงอายุคามิลเลียน พัฒนาการ**

**สำหรับเจ้าหน้าที่**

รหัส...............บ้าน.....................

สมัคร.........................................

เข้าพัก........................................

ออกจากบ้านพัก.........................

# รายละเอียดของผู้สมัครเข้าพักในบ้านผู้สูงอายุคามิลเลียน พัฒนาการ

1. ชื่อผู้สมัคร ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว……………….……….……….. นามสกุล ….………….………………….…

ชื่อผู้สมัครภาษาอังกฤษ Mr./Mrs./Miss …………….……….…..…… นามสกุล ……………..……………………

เกิดวันที่........เดือน….……..………พ.ศ..……… อายุ........ปี กรุ๊ปเลือด ........ เชื้อชาติ................ สัญชาติ................

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน 🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌🗌-🗌🗌-🗌 ศาสนา…….…….. อาชีพ………...…..……

2. ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.................. หมู่................... ตรอก/ซอย.................................... ถนน..........................................

ตำบล/แขวง............................. อำเภอ/เขต.............................. จังหวัด................................ รหัสไปรษณีย์..................

3. สถานภาพ 🞏 แต่งงาน ( สามี/ภรรยา ยังมีชีวิตอยู่ ) 🞏 โสด

🞏 แต่งงาน ( สามี/ภรรยา ถึงแก่กรรม ) 🞏 หย่าร้าง

4. ถ้าแต่งงานแล้ว รายละเอียดของคู่สมรสที่ยังมีชีวิตอยู่

สามี/ภรรยา ชื่อ………….………..…………..….. นามสกุล…………………………..……….... อายุ…………...ปี

อยู่บ้านเลขที่................... หมู่.................... ตรอก/ซอย.......................................... ถนน...............................................

ตำบล/แขวง............................. อำเภอ/เขต.............................. จังหวัด................................ รหัสไปรษณีย์..................

5. สุขภาพ / โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ..……………….……………………...………………………………….……..

……………………………………………………………………………………………………….…….………....

……………………………………………………………………………………………………….…….………....

มีประวัติการรักษาที่โรงพยาบาล……………………………………………………………………………………...

มีประวัติแพ้ยา………..………………………….…………………………………………………………………....

ยา/เวชภัณฑ์ที่ใช้ประจำ………………………….……………………………………………………………………

6. เมื่อถึงแก่กรรม ผู้สูงอายุ/ญาติ ต้องการให้ญาติหรือให้ผู้อื่นมารับศพไปจัดการปลงศพ

ชื่อผู้จัดการปลงศพ………...……….……..….. นามสกุล……..….………..…………. อยู่บ้านเลขที่…………….....

หมู่.............. ตรอก/ซอย................................... ถนน............................................... ตำบล/แขวง.................................

อำเภอ/เขต............................ จังหวัด.............................. รหัสไปรษณีย์..................... โทรศัพท์…........……..………

ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ……………………………………………………………………………………………...

**7. ระเบียบข้อบังคับของบ้านผู้สูงอายุคามิลเลียน พัฒนาการ**

⮚ ผู้สูงอายุ ต้องนำ **เสื้อผ้าและอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็น** มาเอง

## ⮚ อนุญาตให้นำเครื่องใช้ไฟฟ้า อุปกรณ์เครื่องครัว เช่น ไมโครเวฟ เตาไฟฟ้า กาน้ำร้อน เป็นต้น (ห้ามใช้แก๊ส) ในการปรุงอาหารได้ ในกรณีที่ชำรุดต้องเสียค่าซ่อมแซมเอง และต้องแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบทุกครั้งเมื่อนำเข้าบ้านพัก

⮚ **หากเกิดอัคคีภัย** เนื่องจากความประมาทเลินเล่อ จะต้องรับผิดชอบชดใช้ค่าเสียหาย ค่าใช้จ่ายทั้งปวงในการซ่อมแซม

⮚ **กรณีบ้านเดี่ยวที่ผู้สูงอายุพักคนเดียว อนุญาตให้ญาติที่มาเยี่ยมพักกับผู้สูงอายุได้** **1 ท่าน แต่ต้องไม่รบกวนผู้อื่น**

⮚ **หากผู้สูงอายุนำทรัพย์สินและของมีค่าติดตัวมา ทางบ้านพัก ฯ จะไม่รับผิดชอบไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น**

⮚ ถ้าประสงค์จะทำการดัดแปลง หรือต่อเติมสิ่งติดตรึงถาวรในบ้าน ห้อง หรือบริเวณ **ต้องได้รับการอนุญาตอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรก่อน** และสิ่งก่อสร้างดัดแปลงเพิ่มเติม ก็ให้ตกเป็นกรรมสิทธิ์ของมูลนิธิฯ เมื่อสัญญาเลิกกันจะรื้อถอนออกไม่ได้ และจะไม่สามารถเรียกร้องค่าตอบแทนใด ๆ ทั้งสิ้น

⮚ **ผู้สูงอายุและญาติที่มาเยี่ยมต้องไม่ทำกิจกรรมใด ๆ ที่เป็นการรบกวนผู้อื่น** เช่น ห้ามนำสัตว์เลี้ยงเข้ามาในบ้านพักฯ รวมทั้งกรณีที่เป็นเหตุให้เกิดการวิวาททุกกรณี

⮚ **เกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาพยาบาล เป็นหน้าที่ของญาติ / ผู้สนับสนุน** เว้นแต่จะได้ตกลงกับทางบ้านพักฯ **ทั้งนี้ค่ารักษาพยาบาล**

**อุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่ารถพยาบาล ไม่รวมอยู่ในเงินสนับสนุน**

⮚ เพื่อความสะดวกในการให้บริการของทางบ้านพักฯ และความเป็นระเบียบ เมื่อทางบ้านพักฯ ตกลงรับผู้สูงอายุแล้ว **ญาติ/ผู้ สนับสนุนต้องวางเงินประกัน 1 เดือน** ทั้งนี้ หากมีความจำเป็นต้องออกจากบ้านพักฯ อย่างถูกต้อง ( 6 เดือนขึ้นไป ) และไม่ทำผิดระเบียบข้อบังคับใด ๆ ทางบ้านพักฯ จะคืนเงินประกันดังกล่าวให้ตามข้อปฏิบัติ

⮚ **หากผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องออกจากบ้านพักฯ ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษร ให้ทางบ้านพักฯ ทราบล่วงหน้าก่อนอย่างน้อย**

**1 เดือน**

⮚ ให้ญาติ / ผู้สนับสนุน ส่งเงินบำรุงบ้านพักฯ ทุกเดือน **อย่างช้าภายในวันที่ 10 ของเดือน**

⮚ ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีญาติ ต้องมีหนังสือและผู้มีอำนาจรับรองจากหน่วยงานต้นสังกัด

⮚ ในกรณีที่ผู้สูงอายุหรือญาติ / ผู้สนับสนุนไม่ปฏิบัติตามระเบียบของบ้านพักฯ โดยได้รับการแจ้งเตือนให้ทราบก่อนแล้ว ทาง

บ้านพักฯ จำเป็นต้องยกเลิกการเข้าพักตามที่สมัครไว้ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุคนอื่น ๆ ที่มีความจำเป็นต่อไป

⮚ บ้านพักผู้สูงอายุคามิลเลียน พัฒนาการ ขอสงวนสิทธิ์การดูแลผู้สูงอายุที่สมัครใจขอเข้าพักเท่านั้น ฉะนั้นหากเกิดปัญหาไม่ว่าด้วยกรณีใด ๆ เนื่องจากความไม่สมัครใจของผู้สูงอายุ/ญาติ/ผู้สนับสนุน ทางบ้านพักฯ จะไม่รับผิดชอบไม่ว่าด้วยกรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

⮚ ผู้สมัคร ( แทน ) / ผู้สนับสนุนหรือญาติ จำเป็นต้องให้รายละเอียดที่เป็นจริงในใบสมัครขอเข้าพัก ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการให้ บริการและดูแลผู้สูงอายุ หากตรวจพบว่ามีการปกปิด บิดเบือน หรือไม่ให้รายละเอียดใด ๆ ทำให้เกิดปัญหาและเกิดผลร้ายแรง ทางบ้านพักฯ จะไม่รับผิดชอบในทุก ๆ กรณี

**ในกรณีที่ผู้สูงอายุ จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล**

(1) ทางบ้านพักผู้สูงอายุคามิลเลียน พัฒนาการ อนุญาตให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ เนื่องจากความเจ็บป่วยและจำเป็นต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด

(2) ทางบ้านพักผู้สูงอายุคามิลเลียน พัฒนาการ จะรักษาสิทธิ์การเข้าพักของผู้สูงอายุ ฯ ทุกคนตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เฉพาะกรณีที่แจ้งให้ทราบเท่านั้น

(3) หากผู้สูงอายุจำเป็นต้องอยู่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเกิน 1 เดือน

🗹ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมใบรับรองจากแพทย์ให้ทางบ้านพักฯ ทราบทันที

🗹ทางบ้านพักฯ จะรักษาสิทธิการเข้าพักของผู้สูงอายุของท่านตลอดระยะเวลาดังกล่าว

🗹ทางบ้านพักฯ จะไม่ขอรับเงินค่าบำรุงบ้านพักฯ หากจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาเป็นเวลา 1 เดือนขึ้นไป หรือจนกระทั่งสิ้นสุดการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยสิทธิดังกล่าวนี้ขอสงวนไว้เฉพาะกรณีที่แจ้งให้ทราบอย่างถูกต้องและมีใบรับรองแพทย์ระบุระยะเวลาในการรักษาไว้เท่านั้น

🗹ทางบ้านพักฯ สงวนสิทธิ์การยึดครองห้องและเตียงของผู้สูงอายุ ในกรณีที่เข้ารับการรักษาฯ

🗹หากแพทย์อนุญาตให้กลับจากโรงพยาบาลได้ จะต้องแจ้งให้ทางบ้านพักฯ ทราบทันทีเพื่อจัดเตรียมห้องและเตียงให้พร้อมสำหรับผู้สูงอายุ / ญาติของท่าน

(4) กรณีที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องเข้าพักรักษาตัวอยู่ในความดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิดในโรงพยาบาล ไม่ได้มีความหมายเป็นอื่นนอกจากเพื่อประโยชน์ในด้านการรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียวเท่านั้น

**8. เหตุผลที่ขอให้รับผู้สูงอายุเข้าอยู่ในบ้านพักผู้สูงอายุฯ**……………………………….…………………………..…...

………………………………………………………………………………………….....………………………….

**9. ผู้ที่จะอุปถัมภ์ช่วยสนับสนุนทางด้านการเงินตามที่ได้ตกลงกับ บ้านผู้สูงอายุคามิลเลียน พัฒนาการ**

ชื่อ………………..….…….. นามสกุล………………………..……… อายุ….….….ปี อาชีพ..................................

อยู่บ้านเลขที่……….…… หมู่ที่……...… ตรอก/ซอย……………………….. ถนน…………………..…………….

ตำบล………...…………… อำเภอ………….....……….. จังหวัด……………...…….. รหัสไปรษณีย์…..……….…

ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ……………………..…….….. โทรศัพท์ที่ติดต่อ………..........…….…………….……....

ยินดีสนับสนุนด้านการเงิน เดือนละ ………..………………………….. บาท

ลงชื่อ …………….…………….………….. ผู้รับผิดชอบอุปถัมภ์ด้านการเงิน

**10. ในกรณีที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องเข้ารับการรักษา ให้นำส่งโรงพยาบาลที่ใกล้เคียง คือ** ………….……..……………......

หรือให้นำส่งโรงพยาบาล และมีแพทย์ประจำตัวชื่อ…………..………………………..............................................

🞏 ร.พ. เอกชน ห้องธรรมดา 🞏 ร.พ. รัฐบาล ห้องธรรมดา

🞏 ร.พ. เอกชน ห้องพิเศษ 🞏 ร.พ. รัฐบาล ห้องพิเศษ

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้เร่งด่วนที่สุดในกรณีฉุกเฉิน ………….......…….….………….……….……..

………………………………………………………………………………………….....………………………….

❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖❖

**ข้าพเจ้าได้อ่านระเบียบและข้อบังคับในข้อ 7 แล้ว และยินดีปฏิบัติตามที่ บ้านผู้สูงอายุคามิลเลียนพัฒนาการ ได้กำหนดไว้ทุกประการ หากข้าพเจ้าไม่สามารถทำตามที่ได้ตกลงไว้ตามข้อบังคับนี้**

**ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องประการใดทั้งสิ้น และยินดีทำตามที่ได้กำหนดไว้ทุกประการ**

ลงชื่อ…………………………………………..….ผู้สมัคร (ผู้สูงอายุ / ผู้ขอเข้าพัก)

ลงชื่อ……………………………………………...ผู้สนับสนุน / ญาติ

วันที่………….…เดือน…………….…………..พ.ศ…....….....………