

ใบสมัครเข้าพัก บ้านผู้สูงอายุคามิลเลียน พัฒนาการ

รายละเอียดของผู้สมัครเข้าพักในบ้านผู้สูงอายุคามิลเลียน พัฒนาการ

สำหรับเจ้าหน้าที่
รหัส.....บ้าน.....
สมัคร.....
เข้าพัก.....
ออกจากบ้านพัก.....

- ชื่อผู้สมัคร ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... นามสกุล
- ชื่อผู้สมัครภาษาอังกฤษ Mr./Mrs./Miss นามสกุล
- เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี กรุ๊ปเลือด เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....
- เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ ศาสนา..... อาชีพ.....
- ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
- ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
- สถานภาพ แต่งงาน (สามี/ภรรยา ยังมีชีวิตอยู่) โสด
- แต่งงาน (สามี/ภรรยา ถึงแก่กรรม) หย่าร้าง
- ถ้าแต่งงานแล้ว รายละเอียดของกลุ่มสมรสที่ยังมีชีวิตอยู่
- สามี/ภรรยา ชื่อ..... นามสกุล..... อายุ.....ปี
- อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
- ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
- สุขภาพ / โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ.....
-
-
- มีประวัติการรักษาที่โรงพยาบาล.....
- มีประวัติแพ้ยา.....
- ยา/เวชภัณฑ์ที่ใช้ประจำ.....
- 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) ในการปรุงอาหารได้ในกรณีที่ชำรุดต้องเสียค่าซ่อมแซมเอง และต้องแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบทุกครั้งเมื่อนำเข้าบ้านพัก
- หากเกิดอภิกภัย เนื่องจากความประมาทเดินเลื้อย จะต้องรับผิดชอบชดใช้ค่าเสียหาย ค่าใช้จ่ายทั้งปวงในการซ่อมแซม
- กรณีบ้านเดี่ยวที่ผู้สูงอายุพักคนเดียว อนุญาตให้ญาติที่มาเยี่ยมพักกับผู้สูงอายุได้ 1 ท่าน แต่ต้องไม่รบกวนผู้อื่น
- หากผู้สูงอายุนำทรัพย์สินและของมีค่าติดตัวมา ทางบ้านพักฯ จะไม่รับผิดชอบไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น
- ถ้าประสงค์จะทำการตัดแปลง หรือต่อเติมสิ่งติดตั้งถาวรในบ้าน ห้อง หรือบริเวณ ต้องได้รับการอนุญาตอย่างเป็นทางการลายลักษณ์อักษรก่อน และสิ่งก่อสร้างตัดแปลงเพิ่มเติม ก็ให้ตกเป็นกรรมสิทธิ์ของมูลนิธิฯ เมื่อสัญญาเลิกกันจะรื้อถอนออกไม่ได้ และจะไม่สามารถเรียกร้องค่าตอบแทนใด ๆ ทั้งสิ้น
- ผู้สูงอายุและญาติที่มาเยี่ยมต้องไม่ทำกิจกรรมใด ๆ ที่เป็นการรบกวนผู้อื่น เช่น ห้ามนำสัตว์เลี้ยงเข้ามาในบ้านพักฯ รวมทั้งกรณีที่เป็นเหตุให้เกิดการวิวาททุกกรณี
- เกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาพยาบาล เป็นหน้าที่ของญาติ / ผู้สนับสนุน เว้นแต่จะได้ตกลงกับทางบ้านพักฯ ทั้งนี้ค่ารักษาพยาบาล อุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่ารถพยาบาล ไม่รวมอยู่ในเงินสนับสนุน
- เพื่อความสะดวกในการให้บริการของทางบ้านพักฯ และความเป็นระเบียบ เมื่อทางบ้านพักฯ ตกลงรับผู้สูงอายุแล้ว ญาติ/ผู้สนับสนุนต้องวางเงินประกัน 1 เดือน ทั้งนี้ หากมีความจำเป็นต้องออกจากบ้านพักฯ อย่างถูกต้อง (6 เดือนขึ้นไป) และไม่ทำผิดระเบียบข้อบังคับใด ๆ ทางบ้านพักฯ จะคืนเงินประกันดังกล่าวให้ตามข้อปฏิบัติ
- หากผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องออกจากบ้านพักฯ ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษร ให้ทางบ้านพักฯ ทราบล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน
- ให้ญาติ / ผู้สนับสนุน ส่งเงินบำรุงบ้านพักฯ ทุกเดือน อย่างช้าภายในวันที่ 10 ของเดือน
- ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีญาติ ต้องมีหนังสือและผู้มีอำนาจรับรองจากหน่วยงานต้นสังกัด
- ในกรณีที่ผู้สูงอายุหรือญาติ / ผู้สนับสนุน ไม่ปฏิบัติตามระเบียบของบ้านพักฯ โดยได้รับการแจ้งเตือนให้ทราบก่อนแล้ว ทางบ้านพักฯ จำเป็นต้องยกเลิกการเข้าพักตามที่สมัครไว้ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุคนอื่น ๆ ที่มีความจำเป็นต้องไป
- บ้านพักผู้สูงอายุคามิลเลียน พัฒนาการ ขอสงวนสิทธิ์การดูแลผู้สูงอายุที่สมัครใจขอเข้าพักเท่านั้น ฉะนั้นหากเกิดปัญหาไม่ว่าด้วยกรณีใด ๆ เนื่องจากความไม่สมัครใจของผู้สูงอายุ/ญาติ/ผู้สนับสนุน ทางบ้านพักฯ จะไม่รับผิดชอบไม่ว่าด้วยกรณีใด ๆ ทั้งสิ้น
- ผู้สมัคร (แทน) / ผู้สนับสนุนหรือญาติ จำเป็นต้องให้รายละเอียดที่เป็นจริงในใบสมัครขอเข้าพัก ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการให้บริการและดูแลผู้สูงอายุ หากตรวจพบว่ามีการปกปิด บิดเบือน หรือไม่ให้รายละเอียดใด ๆ ทำให้เกิดปัญหาและเกิดผลร้ายแรงทางบ้านพักฯ จะไม่รับผิดชอบในทุก ๆ กรณี

ในกรณีที่ผู้สูงอายุ จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

- (1) ทางบ้านพักผู้สูงอายุคามิลเลียน พัฒนาการ อนุญาตให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ เนื่องจากความเจ็บป่วยและจำเป็นต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด
- (2) ทางบ้านพักผู้สูงอายุคามิลเลียน พัฒนาการ จะรักษาสีทธิการเข้าพักของผู้สูงอายุฯ ทุกคนตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เฉพาะกรณีที่แจ้งให้ทราบเท่านั้น
- (3) หากผู้สูงอายุจำเป็นต้องอยู่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเกิน 1 เดือน
 - ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมใบรับรองจากแพทย์ให้ทางบ้านพักฯ ทราบทันที
 - ทางบ้านพักฯ จะรักษาสีทธิการเข้าพักของผู้สูงอายุของท่านตลอดระยะเวลาดังกล่าว

- ทางบ้านพักฯ จะไม่ขอรับเงินค่าบำรุงบ้านพักฯ หากจำเป็นต้องเข้ารับการรักษารักษาเป็นเวลา 1 เดือนขึ้นไป หรือจนกระทั่งสิ้นสุดการรักษาทันทีในโรงพยาบาล โดยสิทธิดังกล่าวนี้ขอสงวนไว้เฉพาะกรณีที่แจ้งให้ทราบอย่างถูกต้องและมีใบรับรองแพทย์ระบุระยะเวลาในการรักษาไว้เท่านั้น
- ทางบ้านพักฯ สงวนสิทธิ์การยึดครองห้องและเตียงของผู้สูงอายุ ในกรณีที่เข้ารับการรักษารักษา
- หากแพทย์อนุญาตให้กลับจากโรงพยาบาลได้ จะต้องแจ้งให้ทางบ้านพักฯ ทราบทันทีเพื่อจัดเตรียมห้องและเตียงให้พร้อมสำหรับผู้สูงอายุ / ญาติของท่าน

(4) กรณีที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องเข้าพักรักษาตัวอยู่ในความดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิดในโรงพยาบาล ไม่ได้มีความหมายเป็นอื่นนอกจากเพื่อประโยชน์ในด้านการรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียวเท่านั้น

8. เหตุผลที่ขอให้รับผู้สูงอายุเข้าอยู่ในบ้านพักผู้สูงอายุฯ.....
.....

9. ผู้ที่จะอุปถัมภ์ช่วยสนับสนุนทางการเงินตามที่ได้ตกลงกับ บ้านผู้สูงอายุคามิลเลียน พัฒนาการ
ชื่อ..... นามสกุล..... อายุ.....ปี อาชีพ.....
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ..... โทรศัพท์ที่ติดต่อ.....
ยินดีสนับสนุนทางการเงิน เดือนละ บาท

ลงชื่อ ผู้รับผิดชอบอุปถัมภ์ด้านการเงิน

10. ในกรณีที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องเข้ารับการรักษารักษา 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 บ้านผู้สูงอายุคามิลเลียน
พัฒนาการ ได้กำหนดไว้ทุกประการ หากข้าพเจ้าไม่สามารถทำตามที่ได้ตกลงไว้ตามข้อบังคับนี้
ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องประการใดทั้งสิ้น และยินดีทำตามที่ได้กำหนดไว้ทุกประการ

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

ลงชื่อ.....ผู้สนับสนุน / ญาติ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....