

**บันทึกข้อตกลง**  
**การขอรับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่**  
**กองทุนสุขภาพตำบล อบต.ท่าพุทรา**

เขียนที่ กองทุนฯ

วันที่ 30 ธ.ค. 2563

บันทึกนี้ ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนฯ ระหว่าง กลุ่มอาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลท่าพุทรา โดยนางจำปี ซาเวียง ในฐานะผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ซึ่งต่อไป ในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม” ฝ่ายหนึ่ง กับกองทุนฯ โดย นายสิทธิศักดิ์ ซาเวียง ในฐานะประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่าย ได้ตกลงทำบันทึกข้อตกลงกัน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ 1 ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ตกลงจะดำเนินการโครงการ/กิจกรรม ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์/เป้าหมาย/แผนการดำเนิน ของโครงการ/กิจกรรม ตามเอกสารแนบท้ายบันทึกนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ และตามระเบียบของกองทุนฯ และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกประการโดยได้รับการอุดหนุนเงิน จำนวน 11,625.00 บาท (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันหกร้อยยี่สิบห้าบาทถ้วน)

เงื่อนไขการจ่ายเงินโครงการสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยโรคอื่นๆเขตอบต.ท่าพุทราเพื่อเข้าถึงบริการสาธารณสุข และปลอดภัยจากโรคติดเชื้อโควิด-19(COVID-19) โดยมีเงื่อนไข การจ่ายดังต่อไปนี้

ผู้รับผิดชอบโครงการจะต้องเป็นผู้จัดเก็บหลักฐานประกอบการจ่ายต่างๆ เพื่อรอการตรวจสอบไว้เองดังนี้

- (1) โครงการ/กิจกรรม ที่ผ่านการอนุมัติและประธานกรรมการได้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว
- (2) แบบบันทึกข้อตกลง ต้องระบุรายละเอียดอันเป็นสาระสำคัญในข้อตกลงให้ครบถ้วน

ประกอบด้วย

(2.1) รายละเอียดโครงการ

(2.2) รายละเอียดการจ่าย (เงื่อนไขการจ่ายเงิน) งวดเดียว เมื่อลงนามในข้อตกลงแล้ว การเบิกจ่ายในครั้งนี้ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลท่าพุทรา

โดยนางจำปี ซาเวียง ประธานกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.)ตำบลท่าพุทรา หรือผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม มีความต้องการใช้บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ชื่อบัญชี อสม.หมู่ที่ 4 บ้านคลองเจริญ ในการเบิกจ่ายโครงการ

(2.3) หลักฐานการรับเงินของผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม

(2.4) หลักฐานการส่งมอบงาน หรือรายงานผลการดำเนินงาน

ข้อ 2 หากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ไม่ดำเนินการตามโครงการ/กิจกรรม และหรือหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ วัตถุประสงค์ และระยะเวลาที่กำหนด เว้นแต่การไม่ดำเนินการหรือดำเนินการไม่เป็นไปตามโครงการ/กิจกรรม นั้น เกิดจากเหตุสุดวิสัยหรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งได้เกิดจากการกระทำของผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ยินยอมรับผิดชอบเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดอันเกิดจากการ ดำเนินการหรือไม่ดำเนินการดังกล่าว ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม โดยมีต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือ แต่อย่างไร

หากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ไม่ชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ยินยอมเสียดอกเบี้ยตามอัตราที่กฎหมายกำหนด นับแต่วันที่ได้รับเงินไปจากผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม รวมทั้งยินยอมให้ ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม ดำเนินคดีได้ ตามกฎหมายโดยมีเงื่อนไขดังนี้

1. การดำเนินงานต้องเป็นไปตามโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับอนุมัติ
  2. การใช้จ่ายงบประมาณในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมจะต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย (ใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน) และให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ
  3. ในกรณีที่มีการจัดซื้อ/จัดจ้าง/จัดหา วัสดุหรือครุภัณฑ์ ให้ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐานครุภัณฑ์ของทางราชการโดยอนุโลม
  4. หากมีเงินเหลือจ่ายจากการดำเนินงานให้นำเงินที่เหลือส่งคืนกองทุนฯ
  5. ให้ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม รายงานผลการดำเนินงานให้กองทุนฯ ตามรูปแบบและระยะเวลาที่กองทุนฯ กำหนด
  6. งบประมาณที่สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมเป็นงบประมาณของกองทุนฯ กองทุนฯ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการแก้ไขเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติของกองทุนฯ ถ้าผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กองทุนฯ กำหนด
- บันทึกนี้ ทำขึ้นเป็นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกันโดยมอบให้ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม หนึ่งฉบับ และผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม หนึ่งฉบับ
- ทั้งสองฝ่าย ได้อ่านและมีความเข้าใจในเนื้อความตามบันทึกนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม

(นางจำปี ชาเวียง)

ประธานกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลท่าพุทรา

(ลงชื่อ).....ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม

(นายสิทธิศักดิ์ ชาเวียง)

ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพ

องค์การบริหารส่วนตำบลท่าพุทรา

(ลงชื่อ).....

(นางสมจิตร กลางนภา)

อนุกรรมการกองทุนฯ

(ลงชื่อ).....พยาน

(นางสาวกัญญาณัฐ นิลจินดา)

อนุกรรมการกองทุนฯ