



เลขที่ 8/2561

บันทึกข้อตกลง

**การขอรับเงินอุดหนุนจากกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
องค์การบริหารส่วนตำบลแหลมรั้ง**

เขียนที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.แหลมรั้ง
วันที่ 20 มิ.ย. 2561

บันทึกนี้ ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลแหลมรั้ง ระหว่าง **โรงเรียนบ้านโป่งวัวแดง** โดย **นางสาวชนกวนัน เรืองศรี** ในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบ โครงการ/กิจกรรม **โครงการกิจกรรมเคลื่อนใจหว ลดปัญหาทุพโภชนาการ** เพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลแหลมรั้ง ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม” ฝ่ายหนึ่งกับ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลแหลมรั้ง โดย **นายพงศกร คงเจริญ** ในฐานะ ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลแหลมรั้ง ซึ่งต่อไปในบันทึก เรียกว่า “ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่าย ได้ตกลงทำบันทึกข้อตกลงกัน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ 1. ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ตกลงจะดำเนินการโครงการ/กิจกรรม ต่อไปนี้ในบันทึกนี้ เรียกว่าโครงการ/กิจกรรมตามที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลแหลมรั้ง ได้ให้เงินอุดหนุน จำนวน **20,000.00** บาท (**สองหมื่นบาทถ้วน**) ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์เป้าหมายแผนการดำเนินงานของโครงการ/กิจกรรม ตามเอกสารแนบท้ายบันทึกนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ และตามระเบียบของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลแหลมรั้ง และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกประการ

เงื่อนไขการจ่ายเงิน **การจ่ายตามข้อตกลง** โดยมีเงื่อนไขการจ่ายดังต่อไปนี้

ผู้รับผิดชอบโครงการจะต้องเป็นผู้จัดเก็บหลักฐานประกอบการจ่ายต่างๆ เพื่อรอการตรวจสอบไว้เอง ดังนี้

- (1) แผนงานหรือโครงการที่ผ่านการอนุมัติและประธานกรรมการได้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว
- (2) แบบบันทึกข้อตกลง กองทุนต้องระบุรายละเอียดอันเป็นสาระสำคัญในข้อตกลงให้ครบถ้วนประกอบด้วย

(2.1) รายละเอียดโครงการ เช่น **ชื่อโครงการ ผู้รับผิดชอบ ที่อยู่** เป็นต้น

(2.2) รายละเอียดการจ่ายงวดเงิน (เงื่อนไขการจ่ายเงิน)

งวดที่ 1 จ่ายให้ผู้รับผิดชอบโครงการ ร้อยละ **100** ของเงินทั้งหมด

เป็นเงิน **20,000** บาท (**สองหมื่นบาทถ้วน**) เมื่อมีการลงนามในข้อตกลงแล้ว

งวดที่ 2 (งวดสุดท้าย) จ่ายให้ผู้รับผิดชอบโครงการ ร้อยละ.....ของเงินทั้งหมด เป็นเงิน.....บาท (.....) เมื่อผู้รับผิดชอบส่งรายงานผลสรุปตามโครงการทั้งหมด

(2.3) หลักฐานการรับเงินของผู้รับผิดชอบโครงการ

(2.4) หลักฐานการส่งมอบงาน หรือรายงานผลการดำเนินงาน สิ่งที่ต้องส่งได้แก่

- ภาพถ่ายกิจกรรม
- รายชื่อพร้อมลายมือชื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรม
- การประเมินผลตามโครงการ
- สำเนาเอกสารการเบิกจ่ายเงิน
- อื่นๆ

ข้อ 2 หากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ไม่ดำเนินการตาม โครงการ/กิจกรรมไม่ดำเนินการตาม โครงการ/กิจกรรม **โครงการกิจกรรมเคลื่อนไหว ลดปัญหาทุพโภชนาการ** และหรือหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ วัตถุประสงค์ และระยะเวลาที่กำหนดไว้ในแต่การไม่ดำเนินการหรือดำเนินการไม่เป็นไปตามโครงการ/กิจกรรมนั้น เกิดจาก เหตุสุดวิสัย หรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งได้เกิดจากการกระทำของผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมยินยอมรับผิดชอบชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้ว รวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดอัน เกิดจากการดำเนินการหรือไม่ดำเนินการดังกล่าว ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมมีต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็น หนังสือแต่อย่างใด

หากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ไม่ชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใด ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ยินยอมเสียดอกเบี้ย ตามอัตราที่กฎหมายกำหนดนับแต่วันที่ได้รับเงินไปจากผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม รวมทั้งยินยอมให้ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมดำเนินคดีได้ตามกฎหมาย โดยมีเงื่อนไขดังนี้

1. การดำเนินงานต้องเป็นไปตามกิจกรรม ในโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับอนุมัติ
2. การใช้จ่ายเงินงบประมาณในการดำเนินการโครงการ/กิจกรรมจะต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย (ใบเสร็จรับเงิน/ ใบสำคัญรับเงิน) และให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ
3. ในกรณีที่มีการจัดซื้อ จัดจ้าง หรือจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ ให้ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐานครุภัณฑ์ของทาง ราชการโดยอนุโลม
4. หากมีเงินเหลือจ่ายจากการดำเนินงาน ให้นำเงินที่เหลือส่งคืนกองทุนหลักประกันสุขภาพ
5. ให้กลุ่ม/ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม รายงานผลการดำเนินงานให้กองทุนระบบหลักประกันสุขภาพใน ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล ตามรูปแบบและระยะเวลาที่กองทุนกำหนด
6. งบประมาณที่สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม เป็นงบประมาณของกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับ ท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลแหลมรั้ง

กองทุนฯขอสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการและแก้ไขเปลี่ยนแปลงตามแนวทางปฏิบัติของกองทุนฯ ถ้าผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กองทุนฯกำหนด

บันทึกนี้ ทำขึ้นเป็นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน โดยมอบให้ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม หนึ่งฉบับผู้สนับสนุนโครงการหนึ่งฉบับ

ทั้งสองฝ่าย ได้อ่านและมีความเข้าใจ ในเนื้อหาตามบันทึกนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน
ต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม

(นางสาวชนกวนัน เรืองศรี)

ตำแหน่ง ครู โรงเรียนบ้านโป่งวัวแดง

(ลงชื่อ).....ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม

(นายพงศกร คงเจริญ)

ตำแหน่ง นายกองจัดการบริหารส่วนตำบลแหลมรัง
ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ อบต.แหลมรัง

(ลงชื่อ).....พยาน

(นายดำรงศรี ศรีนาราย)

ตำแหน่ง ผู้ทรงคุณวุฒิคณะกรรมการกองทุนฯ คนที่ 1

(ลงชื่อ).....พยาน

(นายคูสิต คำศิลา)

ตำแหน่ง ผู้ทรงคุณวุฒิคณะกรรมการกองทุนฯ คนที่ 2