

ส่วนที่ ๒ : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลง
รายละเอียด)

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบาลอ
ครั้งที่ ๑ / ๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน ๓๘,๕๕๐ บาท

เพราะ เป็นโครงการที่ทำให้ประชาชนมีความรู้ในเรื่องการคัดแยกขยะ และสร้างความตระหนักใน
ผลเสียที่จะเกิดกับสิ่งแวดล้อมและสุขอนามัย

ไม่อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

เพราะ

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี)

ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ ๓) ภายใน
วันที่

ลงชื่อ

amo

(นายอับดุลรอเซะ เดะแอ)

ตำแหน่ง ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบาลอ

วันที่-เดือน-พ.ศ. 17 พ.ย. 2559

ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก
กองทุนหลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อ
เสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมตำบลบาลร่วมใจจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน.....

๑. ผลการดำเนินงาน

โครงการตำบลบาลร่วมใจจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน จัดทำขึ้นเพื่อให้ประชาชนเล็งเห็น
ความสำคัญในการกำจัดขยะ มีการจัดเก็บ แยก ทำลาย เผา ผึ่ง ทำปุ๋ยหมัก สามารถลดการเกิดขยะลงได้ส่วน
หนึ่ง พร้อมสร้างพลังชุมชน สร้างจิตสำนึก สร้างพฤติกรรม เปลี่ยนนิสัยของประชาชนและชุมชน

โครงการตำบลบาลร่วมใจจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน มีผู้เข้าร่วมร่วมโครงการทั้งหมด ๓๐๐
คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ โดยจัดอบรมให้ความรู้แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เรื่อง สถานการณ์สิ่งแวดล้อมใน
ปัจจุบัน การจัดการขยะมูลฝอย การคัดแยกขยะ ธนาคารขยะ ในชุมชน ๕ แห่ง

หลังจากดำเนินโครงการไปแล้ว พบว่า ประชาชนมีการคัดแยกขยะก่อนทิ้งลงถังขยะ จำนวน
ขยะที่ทางเทศบาลเก็บขมมีจำนวนน้อยลง เกิดร้านรับซื้อของเก่าในชุมชน ธนาคารขยะสัญจรเทศบาลบาล
ตำบลบาล

๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

๒.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์

- บรรลุตามวัตถุประสงค์
 ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ

๒.๒ จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม คน

๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ


งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ๓๘,๕๕๐..... บาท
งบประมาณเบิกจ่ายจริง ๓๘,๕๕๐..... บาท คิดเป็นร้อยละ๑๐๐.....
งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ บาท คิดเป็นร้อยละ

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- ไม่มี
 มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)

แนวทางการแก้ไข (ระบุ)

ลงชื่อ  ผู้รายงาน

(...นางดียามา..ประจงไสย.....)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

วันที่-เดือน-พ.ศ. 12 ธ.ค. 2559