**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลปากล่อ**

**เรื่อง** ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม **โครงการสร้างนวัตกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก**

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลปากล่อ

ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน (ระบุชื่อ) นางสุรีรัตน์ วัชระกุล ประธานเครือข่ายนวัตกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลปากล่อ มีความประสงค์จะจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม **โครงการสร้างนวัตกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก** ในปีงบประมาณ 2561 โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลปากล่อเป็นเงิน 22**,000 บาท (สองหมื่นสองพันบาทถ้วน)**  โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

**ส่วนที่ 1 : รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียด)**

**หลักการและเหตุผล**

เนื่องด้วยการทำโครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในปี 2560 ที่ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้ว เป็นโครงการพัฒนาที่ได้จัดกิจกรรมประกวดบ้านสะอาด จากการประกวดดังกล่าวทำให้ชุมชนต่อยอด เกิดนวัตกรรมของชุมชนในการใช้วัสดุธรรมชาติที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม เป็นวัสดุธรรมชาติที่มีอยู่ในชุมชนเอง เป็นองค์ความรู้ ภูมิปัญญา สู่นวัตกรรมที่นำมาใช้ในชุมชน และโรงเรียนได้จริง นั่นคือ - สเปรย์มะกรุูดทาป้องกันยุงกัด- เทียนไขมะกรูดไล่ยุง- สมุนไพรหอมไล่ยุง

- น้ำยาล้างจานฉีดฆ่ายุง และนวัตกรรมดังกล่าวข้างต้น จำเป็นต้องใช้ความร่วมมือกันทุกภาคส่วน เพื่อจะต่อยอดเป็นผลิตภัณฑ์ชุมชน และจะต้องใช้งบประมาณส่วนหนึ่งในการบริหารจัดการ จึงได้จัดทำโครงการสร้างนวัตกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก ขึ้น

**1.วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

1.เพื่อให้เกิดนวัตกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกขึ้นโดยชุมชน

2.เพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนักในการในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

**3.เป้าหมาย**

KPI เกิดนวัตกรรมของชุมชน

**4.วิธีดำเนินการ**

**ตามวัตถุประสงค์ข้อที่** 1.เพื่อให้เกิดนวัตกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกขึ้นโดยชุมชน

**1.กิจกรรมการฝึกอบรมทีมจัดทำนวัตกรรม** (เริ่มทำ 10 กรกฎาคม 2561-24 กันยายน 2561)

**ครั้งที่1 10ก.ค.2561 ครั้งที่2 17ก.ค.2561 ครั้งที่3 24ก.ค.2561 ครั้งที่4 10ส.ค.2561**

**ครั้งที่5 17 ส.ค.2561 ครั้งที่6 24 ส.ค.2561**

- ค่าอาหารกลางวัน เครื่องดื่มและอาหารว่างสำหรับการประชุมเชิงปฏิบัติการของทีม**จัดทำนวัตกรรม** จำนวน 20 คน \*100บาท/มื้อ x 6 ครั้ง เป็นเงิน 12,000 บาท

- ค่าวัสดุอุปกรณ์ในการจัดทำนวัตกรรม 4 รายการ ครั้งละ 1,600 บาท\*5 ครั้ง และครั้งที่6 ใช้เงิน2,000 บาท รวม

เป็นเงิน 10,000 บาท

**5.ระยะเวลาดำเนินการ**

10 กรกฎาคม 2561-24 สิงหาคม 2561

**6.สถานที่ดำเนินการ**

สถานที่อบรมและการต่อยอดนวัตกรรม ที่ รพ.สต.ปากล่อ อ.โคกโพธิ์ จ.ปัตตานี

**7.งบประมาณ** จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปากล่อ (ตามรายละเอียดในวัตถุประสงค์)  
 **รวมเงินทั้งสิ้น** 22**,000 บาท (สองหมื่นสองพันบาทถ้วน)**

**8.ผลการดำเนินงาน**

1. เกิด นวัตกรรมป้องกันยุงลายที่ใช้ได้จริงในชุมชน

**9.ผลที่คาดว่าจะได้รับ(ผลลัพธ์)**

1.นวัตกรรมป้องกันยุงลาย สามารถถ่ายทอดให้เครือข่ายอื่นๆได้นำไปใช้ได้

**7. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง 1 รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)**

7.1 *หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ* (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลปากล่อ

7.1.5 กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

**7.2 ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)**

7.2.2 สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ 7(2)]

**7.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. 2557)**

7.3.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

**7.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

7.4.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

7.4.7.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

7.4.7.5 การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

ลงชื่อ ...................................................... ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(นายดุลรอแม จินตรา)

ตำแหน่ง อสม.หมู่ที่1

11 มิถุนายน 2561

**ส่วนที่ 2 : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)**

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลปากล่อครั้งที่ ........... / 25…………… เมื่อวันที่ ............................................ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

**อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน **91,000** บาท (เก้าหมื่นหนึ่งพันบาทถ้วน) บาท

เพราะ .........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

**ไม่อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

เพราะ .........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) ...................................................................................................................................  
.........................................................................................................................................................................................  
.........................................................................................................................................................................................

ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม **(ส่วนที่ 3)** ภายในวันที่ ………………………………………………….........

ลงชื่อ .....................................................

(นายอับดุลบาซิม อาบู)

ตำแหน่ง นายกองค์การบริหารส่วนตำบลปากล่อ

วันที่-เดือน-พ.ศ. .....................................

**ส่วนที่ 3 : แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)**

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ......................................................................................................................................

**1. ผลการดำเนินงาน**

............................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

🞎 บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

🞎 ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เพราะ ..........................................................................................

........................................................................................................................................................................................

**3. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ................................................. บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง ................................................. บาท คิดเป็นร้อยละ ..............................

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ ................................................. บาท คิดเป็นร้อยละ ..............................

**4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

🞎 ไม่มี

🞎 มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) ........................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................

แนวทางการแก้ไข (ระบุ) ......................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................

ลงชื่อ.................................ผู้รายงาน

(นายดุลรอแม จินตรา)

ตำแหน่ง อสม.หมู่ที่1

วันที่-เดือน-พ.ศ. ..............................