

ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุน
หลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการ
ดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ส่งเสริมความรู้ พัฒนาทักษะและสุขภาพ สำหรับผู้พิการและครอบครัว

๑. ผลการดำเนินงาน

ที่	กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน	ระยะเวลา
๑.	ประชุมวางแผนการดำเนินงานและเตรียมความพร้อม ๑.๑ ประชุมทำโครงการและเสนอโครงการ	โครงการส่งเสริมความรู้ พัฒนาทักษะและสุขภาพ สำหรับผู้พิการและครอบครัว	มกราคม ๒๕๖๕
	๑.๒ ประชุมชี้แจงแผนงาน และมอบผู้ดำเนินงาน	มีการประชุมคณะกรรมการศูนย์บริการคนพิการ บุคคลออกทัศนศึกษาดูงานเพื่อแบ่งงานตามแผนการที่วางไว้	๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕
	๑.๓ ดำเนินการจัดทำและผลิตสื่อ -สื่อกายอุปกรณ์ ม้าโยก -สื่อภาพเคลื่อนไหวสไลด์ -สื่อสมุดภาพแบบฝึกอ่าน -สื่อสมุดภาพแบบฝึกเขียน	มีการจัดทำและผลิตสื่อ -สื่อกายอุปกรณ์ ม้าโยก -สื่อภาพเคลื่อนไหวสไลด์ -สื่อสมุดภาพแบบฝึกอ่าน -สื่อสมุดภาพแบบฝึกเขียน	๒๑ กุมภาพันธ์ ถึง ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๕
๒	จัดอบรม ครู อาสาสมัคร และผู้ดูแลผู้พิการ - กลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๒๕ คน - ระยะเวลาจัดอบรม จำนวน ๑ วัน	มีการจัดอบรม ครู อาสาสมัคร และผู้ดูแลผู้พิการ มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-๑๙ และการใช้สื่อ อุปกรณ์พัฒนาผู้พิการตามศักยภาพรายบุคคล เพื่อนำไปฝึกผู้พิการ จำนวน ๒๕ คน (๖ ชั่วโมง)	๑๕ มีนาคม ๒๕๖๕
๓.	จัดให้บริการฝึกทักษะพัฒนาการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว ทุกวันจันทร์-วันเสาร์ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๕.๐๐ น.(ยกเว้นมีประกาศหยุดเป็นกรณี) โดยมีอัตราส่วนผู้ให้บริการ ๑ คน ผู้รับบริการ ๕ คน	๑. เปิดบริการทุกวันจันทร์-วันเสาร์ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๕.๐๐ น.(ยกเว้นมีประกาศหยุดเป็นกรณี) โดยมีอัตราส่วนผู้ให้บริการ ๑ คน ผู้รับบริการ ๕ คน ๒. มีผู้พิการ จำนวน ๑๙ คน สัปดาห์ละ ๒ วัน ๓. มีผู้พิการ จำนวน ๖ คน สัปดาห์ละ ๔ วัน ๔. ผู้พิการรับบริการตามแผนพัฒนาตลอดปี ๒๕๖๕	๑๖ มีนาคม ๒๕๖๕ ถึง ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๕
๔.	สรุปและประเมินผลโครงการ พร้อมรายงานผลต่อกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด	๑.สรุปรายงานพร้อมสำเนา ๒.เอกสารแผนพัฒนาผู้พิการและบันทึกการรับบริการ.จำนวน...๒๕...คน	๑๗...๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๕

๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

๒.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์

- บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ
 ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เพราะ

๒.๒ จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน.....๒๕..... คน

๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ...๓๐,๙๓๕.-..... บาท
งบประมาณเบิกจ่ายจริง ...๓๑,๙๓๕.-.....บาท คิดเป็นร้อยละ๑๐๐.....
งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯบาท คิดเป็นร้อยละ๐.....

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- ไม่มี
 มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙

แนวทางการแก้ไข (ระบุ) ทำให้ต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและการแพร่กระจายของโรคโควิด-

๑๙ แบ่งกลุ่มฝึก เว้นระยะห่าง ใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือ วัดอุณหภูมิ และตามประกาศของจังหวัดสตูล

ลงชื่อ



ผู้รายงาน

(นายสมบูรณ์ สุวหาลำ)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการศูนย์บริการคนพิการบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล

วันที่-เดือน-พ.ศ. ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๕