



บันทึกข้อตกลง

การขอรับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลท่าบัว

เขียนที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ
อบต.ท่าบัว

วันที่...15.....เดือน....กุมภาพันธ์....พ.ศ...๒๕๖๗...

บันทึกนี้ ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตำบลท่าบัว ระหว่าง โรงเรียนบ้านท่าบัว “รัฐประชาคุณเคราะห์” โดย นางมะลิวัลย์ กมลผาด ในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบ โครงการวัยใสใจสุขภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ เพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลท่าบัว ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม” ฝ่ายหนึ่ง กับ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลท่าบัว โดย นายวิเชียร จุลพันธ์ ในฐานะประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลท่าบัว ซึ่งต่อไปในบันทึก เรียกว่า “ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่าย ได้ตกลงทำบันทึกข้อตกลงกัน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ ๑ ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ตกลงจะดำเนินการโครงการ/กิจกรรมต่อไปนี้ ในบันทึกนี้ เรียกว่าโครงการ/กิจกรรม ตามที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลท่าบัว ได้ให้เงินอุดหนุน จำนวน ๕,๒๑๕.-บาท (ห้าพันสองร้อยสิบห้าบาทถ้วน) ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์เป้าหมายแผนการดำเนินของโครงการ/กิจกรรมตามเอกสารแนบท้ายบันทึกนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ และตามระเบียบ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลท่าบัว และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกประการ

เงื่อนไขการจ่ายเงิน.....จ่ายตามข้อตกลง.....โดยมีเงื่อนไขการจ่ายดังต่อไปนี้

ผู้รับผิดชอบโครงการจะต้องเป็นผู้จัดเก็บหลักฐานประกอบการจ่ายต่างๆ เพื่อรอการตรวจสอบไว้เอง ดังนี้

(๑) แผนงานหรือโครงการที่ผ่านการอนุมัติและประธานกรรมการได้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว

(๒) แบบบันทึกข้อตกลง กองทุนต้องระบุรายละเอียดอันเป็นสาระสำคัญในข้อตกลงให้ครบถ้วน ประกอบด้วย

(๒.๑) รายละเอียดโครงการ เช่น ชื่อโครงการ ผู้รับผิดชอบ ที่อยู่ เป็นต้น

(๒.๒) รายละเอียดการจ่ายงวดเงิน (เงื่อนไขการจ่ายเงิน) แบ่งออกเป็น...๑...งวด

งวดที่ ๑ จ่ายให้ผู้รับผิดชอบโครงการ ร้อยละ.....๑๐๐%..... ของเงินทั้งหมด เป็นเงิน.....๕,๒๑๕.-บาท (ห้าพันสองร้อยสิบห้าบาทถ้วน) เมื่อมีการลงนามในข้อตกลงแล้ว

งวดที่ ๒ (งวดสุดท้าย) จ่ายให้ผู้รับผิดชอบโครงการ ร้อยละ.....-..... ของเงินทั้งหมด เป็นเงิน.....-..... บาท (.....) เมื่อผู้รับผิดชอบส่งรายงานผลสรุปตามโครงการทั้งหมด

/(๒.๓)หลักฐาน

(๒.๓) หลักฐานการรับเงินของผู้รับผิดชอบโครงการ

(๒.๔) หลักฐานการส่งมอบงาน หรือรายงานผลการดำเนินงาน สิ่งที่ต้องส่งได้แก่

- ภาพถ่ายกิจกรรม
- ลายชื่อพร้อมลายมือชื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรม
- การประเมินผลตามโครงการ
- สำเนาเอกสารการเบิกจ่ายเงิน
- อื่นๆ.....

ข้อ ๒ หากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ไม่ดำเนินการตาม โครงการวิจัยใฝ่ใฝ่ใจสุขภาพ
ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ และ/หรือหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ วัตถุประสงค์ และระยะเวลาที่กำหนด เว้นแต่การไม่
ดำเนินการหรือดำเนินการไม่เป็นไปตามโครงการ/กิจกรรมนั้นเกิดจากเหตุสุดวิสัย หรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งได้เกิด
จากการกระทำของผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมยินยอมรับผิดชอบชำระหนี้ที่
ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดอันเกิดจากการดำเนินการหรือไม่ดำเนินการ
ดังกล่าว ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมมีต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือแต่อย่างใด

หากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ไม่ชำระหนี้ที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหาย
หรือค่าใช้จ่ายอื่นใด ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมยินยอมเสียดอกเบี้ย
ตามอัตราที่กฎหมายกำหนดนับแต่วันที่ได้รับเงินไปจากผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม รวมทั้งยินยอมให้
ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม ดำเนินคดีได้ตามกฎหมายโดยมีเงื่อนไขดังนี้

๑. การดำเนินงานต้องเป็นไปตามกิจกรรมในโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับอนุมัติ
๒. การใช้จ่ายเงินงบประมาณในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมจะต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย
(ใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน) และให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ
๓. ในกรณีที่มีการจัดซื้อ จัดจ้าง หรือจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ ให้ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐาน
ครุภัณฑ์ของทางราชการโดยอนุโลม
๔. หากมีเงินเหลือจ่ายจากการดำเนินงานให้นำเงินที่เหลือส่งคืนกองทุนหลักประกันสุขภาพ
๕. ให้กลุ่ม/ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม รายงานผลการดำเนินงานให้กองทุน
หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล ตามรูปแบบและระยะเวลาที่
กองทุนกำหนดระยะเวลาภายใน ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๖/

๖. งบประมาณที่สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม เป็นงบประมาณของกองทุนหลักประกัน
สุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลทำบัว

กองทุนฯขอสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการและแก้ไขเปลี่ยนแปลงตามแนวทางปฏิบัติของกองทุนฯ
ถ้าผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กองทุนกำหนด

บันทึกนี้ ทำขึ้นเป็นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกันโดยมอบให้ผู้รับผิดชอบโครงการ/
กิจกรรมหนึ่งฉบับผู้สนับสนุนโครงการหนึ่งฉบับ

...../ทั้งสองฝ่าย

ทั้งสองฝ่าย ได้อ่านและมีความเข้าใจในเนื้อความตามบันทึกนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม
(นางมะลิวัลย์ กมลผาด)

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านท่าบัว “รัฐประชานุเคราะห์”

(ลงชื่อ).....ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม
(นายวิเชียร จุลพันธ์)

ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ
องค์การบริหารส่วนตำบลท่าบัว

(ลงชื่อ).....พยาน

(นางรุ่งนภา แสนยะ)
คณะกรรมการกองทุนฯ

(ลงชื่อ).....พยาน

(นายสุรชาติ แก้วสิทธิ์)
คณะกรรมการกองทุนฯ