

บันทึกข้อตกลง
การขอรับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
องค์การบริหารส่วนตำบลวัดขวาง

เขียนที่ กองทุนฯ

วันที่ 6 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566

บันทึกนี้ ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้มีภาวะเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง ประจำปีงบประมาณ 2566 ที่ได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนฯ ระหว่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดขวาง โดย นายสรารุช ดิกฤษ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดขวาง ในฐานะผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม” ฝ่ายหนึ่ง กับกองทุนฯ โดย นางสาวสาทร้าย โตเทศ นายองค์การบริหารส่วนตำบลวัดขวาง ในฐานะประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่าย ได้ตกลงทำบันทึกข้อตกลงกัน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ 1 ผู้รับผิดชอบโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้มีภาวะเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง ประจำปีงบประมาณ 2566 ตกลงจะดำเนินการโครงการ/กิจกรรม ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์/เป้าหมาย/แผนการดำเนินของโครงการ/กิจกรรม ตามเอกสารแนบท้ายบันทึกนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ และตามระเบียบของกองทุนฯ และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกประการ โดยได้รับการ อุดหนุนเงิน จำนวน 11,160.00 บาท (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันหนึ่งร้อยหกสิบบาทถ้วน)

เงื่อนไขการจ่ายเงิน ตามบันทึกข้อตกลง โดยมีเงื่อนไขการจ่ายดังต่อไปนี้

ผู้รับผิดชอบโครงการจะต้องเป็นผู้จัดเก็บหลักฐานประกอบการจ่ายต่างๆ เพื่อรอการตรวจสอบไว้เอง ดังนี้

(1) โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้มีภาวะเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง ประจำปีงบประมาณ 2566

ที่ผ่านการอนุมัติและประธานกรรมการได้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว

(2) แบบบันทึกข้อตกลง ต้องระบุรายละเอียดอันเป็นสาระสำคัญในข้อตกลงให้ครบถ้วน

ประกอบด้วย

(2.1) รายละเอียดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้มีภาวะเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง ประจำปีงบประมาณ 2566 โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การใช้ยา และการออกกำลังกายที่เหมาะสม ลดการเกิดโรคไตเรื้อรัง

(2.2) รายละเอียดการจ่าย (เงื่อนไขการจ่ายเงิน) งวดเดียว เมื่อลงนามในข้อตกลงแล้ว

(2.3) หลักฐานการรับเงินของผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม

- สำเนาบัตรประชาชน

- ใบเสร็จรับเงิน

- อื่น ๆ

(2.4) หลักฐานการส่งมอบงาน หรือรายงานผลการดำเนินงาน สิ่งต้องส่งได้แก่

- ภาพถ่ายกิจกรรม

- ลายมือชื่อผู้เข้ากิจกรรม

- สำเนาเอกสารเบิกจ่าย

- อื่น ๆ

ข้อ 2 หากผู้รับผิดชอบโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้มีภาวะเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง ประจำปีงบประมาณ 2566 ไม่ดำเนินการตามโครงการ/กิจกรรม และหรือหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ วัตถุประสงค์ และระยะเวลาที่กำหนด เว้นแต่การไม่ดำเนินการหรือดำเนินการไม่เป็นไปตามโครงการ/กิจกรรม นั้น เกิดจากเหตุสุดวิสัยหรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งได้เกิดจากการกระทำของผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ยินยอมรับผิดชอบเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดอันเกิดจากการ ดำเนินการหรือไม่ดำเนินการดังกล่าว ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมโดยมีต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือ แต่อย่างใด

หากผู้รับผิดชอบโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้มีภาวะเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง ประจำปีงบประมาณ 2566 ไม่ชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่น ใดให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ยินยอมเสียดอกเบี้ยตามอัตราที่กฎหมายกำหนด นับแต่วันที่ได้รับเงินไปจากผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม รวมทั้งยินยอมให้ ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมดำเนินคดีได้ ตามกฎหมายโดยมีเงื่อนไขดังนี้

1. การดำเนินงานต้องเป็นไปตามโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับอนุมัติ
2. การใช้จ่ายงบประมาณในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมจะต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย (ใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน) และให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ
3. ในกรณีที่มีการจัดซื้อ/จัดจ้าง/จัดหา วัสดุหรือครุภัณฑ์ ให้ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐานครุภัณฑ์ของทางราชการโดยอนุโลม
4. หากมีเงินเหลือจ่ายจากการดำเนินงานให้นำเงินที่เหลือส่งคืนกองทุนฯ
5. ให้ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม รายงานผลการดำเนินงานให้กองทุนฯ ตามรูปแบบและระยะเวลาที่กองทุนฯ กำหนด
6. งบประมาณที่สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมเป็นงบประมาณของกองทุนฯ

กองทุนฯ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการแก้ไขเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติของกองทุนฯ

ถ้าผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กองทุนฯ กำหนด

บันทึกนี้ ทำขึ้นเป็นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกันโดยมอบให้ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม หนึ่งฉบับ และผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม หนึ่งฉบับ

ทั้งสองฝ่าย ได้อ่านและมีความเข้าใจในเนื้อความตามบันทึกนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน ต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม

(นายสรารุช ดิถฤช)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดขวาง

(ลงชื่อ).....ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม

(นางสาวสาหร่าย โตเทศ)

ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ

(ลงชื่อ).....พยาน

(นางเจนจิรา หะทะยัง)

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

(ลงชื่อ).....พยาน

(นายสมภาร ผลประดิษฐ์นันท์)

กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการกองทุนฯ