



บันทึกข้อตกลง

การขอรับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลท่าบัว

เขียนที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ
อบต.ท่าบัว

วันที่.....เดือน.....มีนาคม.....พ.ศ...๒๕๖๖...

บันทึกนี้ ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลท่าบัว ระหว่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าบัว โดย นางสมิตรา กักมาศ ในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบ โครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลท่าบัว ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม” ฝ่ายหนึ่ง กับ กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลท่าบัว โดย นายวิเชียร จุลพันธ์ ในฐานะประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลท่าบัว ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่าย ได้ตกลงทำบันทึกข้อตกลงกัน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ ๑ ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ตกลงจะดำเนินการโครงการ/กิจกรรมต่อไปในบันทึกนี้ เรียกว่าโครงการ/กิจกรรม ตามที่กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลท่าบัว ได้ให้เงินอุดหนุน จำนวน **๒๓,๕๐๐.-** บาท (สองหมื่นสามพันห้าร้อยบาทถ้วน) ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมายแผนการดำเนินของโครงการ/กิจกรรมตามเอกสารแนบท้ายบันทึกนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการและตามระเบียบ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลท่าบัว 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%..... ของเงินทั้งหมดเป็นเงิน.....**๒๓,๕๐๐.-**.....บาท (สองหมื่นสามพันห้าร้อยบาทถ้วน) เมื่อมีการลงนามในข้อตกลงแล้ว

งวดที่ ๒ (งวดสุดท้าย) จ่ายให้ผู้รับผิดชอบโครงการ ร้อยละ.....-..... ของเงินทั้งหมดเป็นเงิน.....-..... บาท (.....-.....) เมื่อผู้รับผิดชอบส่งรายงานผลสรุปตามโครงการทั้งหมด

(๒.๓) หลักฐานการรับเงินของผู้รับผิดชอบโครงการ

(๒.๔) หลักฐานการส่งมอบงาน หรือรายงานผลการดำเนินงาน สิ่งที่ต้องส่งได้แก่


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

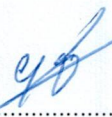
ข้อ ๒ หากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ไม่ดำเนินการตาม โครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ และหรือหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ วัตถุประสงค์ และระยะเวลาที่กำหนด เว้นแต่การไม่ดำเนินการหรือดำเนินการไม่เป็นไปตามโครงการ/กิจกรรมนั้นเกิดจากเหตุสุดวิสัย หรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งได้เกิดจากการกระทำของผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมยินยอมรับผิดชอบเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดอันเกิดจากการดำเนินการหรือไม่ดำเนินการดังกล่าว ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมมีต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือแต่อย่างใด


หากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ไม่ชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใด ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมยินยอมเสียดอกเบี้ยตามอัตราที่กฎหมายกำหนดนับแต่วันที่ได้รับเงินไปจากผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม รวมทั้งยินยอมให้ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม ดำเนินคดีได้ตามกฎหมายโดยมีเงื่อนไขดังนี้


๑. การดำเนินงานต้องเป็นไปตามกิจกรรมในโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับอนุมัติ
๒. การใช้จ่ายเงินงบประมาณในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมจะต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย (ใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน) และให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ
๓. ในกรณีที่มีการจัดซื้อ จัดจ้าง หรือจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ ให้ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐานครุภัณฑ์ของทางราชการโดยอนุโลม
๔. หากมีเงินเหลือจ่ายจากการดำเนินงานให้นำเงินที่เหลือส่งคืนกองทุนหลักประกันสุขภาพ
๕. ให้กลุ่ม/ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม รายงานผลการดำเนินงานให้กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลท่าบัว ตามรูปแบบและระยะเวลาที่กองทุนกำหนดระยะเวลาภายใน ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๖
๖. งบประมาณที่สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม เป็นงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลท่าบัว
กองทุนฯ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการและแก้ไขเปลี่ยนแปลงตามแนวทางปฏิบัติของกองทุนฯ
ถ้าผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กองทุนกำหนด
บันทึกนี้ ทำขึ้นเป็นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกันโดยมอบให้ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมหนึ่งฉบับผู้สนับสนุนโครงการหนึ่งฉบับ

ทั้งสองฝ่าย ได้อ่านและมีความเข้าใจในเนื้อความตามบันทึกนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ)..........ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม
(นางสุมิตรา กักมาศ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าบัว

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

(ลงชื่อ)..........พยาน
(นางรุ่งนภา แสนยะ)
คณะกรรมการกองทุนฯ

(ลงชื่อ)..........พยาน
(นายสุรชาติ แก้วสิทธิ์)
คณะกรรมการกองทุนฯ