กองทุนหลักประกันสุขภาพ
อบต.ตุยง

# บันทึกข้อตกลง

**เรื่อง การดำเนินโครงการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลตุยง**

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

บันทึกข้อตกลงนี้จัดทำขึ้น ณ สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลตุยง เมื่อวันที่ ๕ เดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ระหว่าง นายสะมะแอ หะยีตาเยะ ตำแหน่ง นายกองค์การบริหารส่วนตำบลตุยง ในฐานะประธานกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลตุยง ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า "ผู้สนับสนุนงบประมาณ" ฝ่ายหนึ่ง กับ นางฮาสือนะ มะเซ็ง ตำแหน่ง ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข หมู่ที่ ๑ บ้านปะกาลือสง ซึ่งเป็นหัวหน้าคณะผู้รับผิดชอบชุดดำเนินโครงการ ต่อไปนี้เรียกว่า "ผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ" อีกฝ่ายหนึ่ง

**<u>รายละเอียดการการสนับสนุนงบประมาณ</u>**

๑) **ชื่อโครงการ** ใส่ใจสุขภาพอนามัยแม่และเด็กคลองรี ปี ๖๑

๒) **กลุ่มเป้าหมาย** ๑. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด
๒. กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

๓) **กิจกรรม/วิธีการดำเนินการ**

๑. ประชุมชี้แจงและอบรมให้ความรู้ผู้นำชุมชน/ผู้นำศาสนา/อสม.และหญิงตั้งครรภ์

๒. อสม.ค้นหาหญิงตั้งครรภ์เพื่อเข้าสู่ระบบฝากครรภ์โดยเร็วก่อน ๑๒ สัปดาห์และติดตามหญิงตั้งครรภ์ให้มาฝากครรภ์ตามนัด

๓. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขคืนข้อมูลเพื่อติดตามเด็ก ๐-๕ ปี ให้ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์และตรวจพัฒนาการตามวัย

๔) งบประมาณ ๑๐,๐๐๐.- บาท

๕) ได้รับเงินงบประมาณสนับสนุนจากกองทุน เมื่อวันที่ ๑๕ เดือนมีนาคม พ.ศ.๒๕๖๑

เพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินโครงการที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลตุยง ทั้งสองฝ่ายจึงทำบันทึกข้อตกลงขึ้น สาระสำคัญมีดังนี้

**<u>ผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ</u> ตกลงจะปฏิบัติภายใต้เงื่อนไขดังนี้**

(๑) หลังได้รับเงินจากกองทุน จะดำเนินโครงการให้เป็นไปวัตถุประสงค์ เป้าหมายและแผนการดำเนินงานของโครงการอย่างมีประสิทธิภาพ

(๒) ในการดำเนินโครงการตามข้อ (๑) จะถือปฏิบัติตามระเบียบ / ประกาศ / คำสั่งของคณะกรรมการบริหารกองทุนที่เกี่ยวข้องทุกฉบับ



(๓) หากไม่ดำเนินโครงการ หรือดำเนินโครงการไม่เป็นไปตามข้อ (๑) เว้นแต่การไม่ดำเนินโครงการหรือการดำเนินโครงการไม่เป็นไปตามข้อ (๑) เกิดจากเหตุสุดวิสัย พ้นวิสัยหรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งมิได้เกิดจากการทำของผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณยินยอมรับผิดชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วให้แก่ผู้สนับสนุนงบประมาณ โดยผู้สนับสนุนงบประมาณมิต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือแต่อย่างใด

(๔) จะรายงานผลการดำเนินโครงการพร้อมเอกสารส่งใช้เงินยืม หรือสำเนาฎีกาจำนวน ๑ ชุดแล้วแต่กรณี ต่อผู้สนับสนุนงบประมาณภายใน ๓๐ วันหลังเสร็จสิ้นโครงการ รวมทั้งคืนเงินเหลือจ่าย (ถ้ามี) หากไม่ดำเนินการชำระเงินตามข้อ (๓) หรือไม่ส่งเงินเหลือจ่ายคืน ตามข้อ (๔) ผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณยินยอมให้ผู้สนับสนุนงบประมาณประสานกับธนาคาร ขอโอนเงินออกจากบัญชีของผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณกลับคืนเข้าบัญชีกองทุนได้ หรือดำเนินคดีได้ตามกฎหมาย

บันทึกข้อตกลงนี้ทำขึ้นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน และถือไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

ทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจเนื้อความตามบันทึกข้อตกลงนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ)..............................................
(นางฮาสือนะ มะเซ็ง)
ตำแหน่ง หัวหน้าคณะผู้รับผิดชอบชุดดำเนินโครงการ
ผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ

(ลงชื่อ)..............................................
(นายสะมะแอ หะยีตาเยะ)
ตำแหน่ง ประธานกองทุนฯ อบต.ตุยง
ผู้สนับสนุนงบประมาณ

(ลงชื่อ)..............................................
(นางสาวซุสิมา เหล็กเกิดผล)
ตำแหน่ง เลขานุการกองทุน ฯ
พยาน

(ลงชื่อ)..............................................
(นายแวอูเซ็ง แวสาและ)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขฯ
พยาน