**เลขที่ ๔๒ / ๒๕๖๑**

**บันทึกข้อตกลง**

**การขอรับเงินอุดหนุน**

**กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่**

 **องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกรด**

**เขียนที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.หนองกรด**

 วันที่.........................................................................

 บันทึกนี้ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการที่ได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกรด **ระหว่าง โรงเรียนวัดสวรรค์ประชากร** โดย **นางธีรญา จำรัสวิชช์** **ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงเรียนวัดสวรรค์ประชากร** ในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบ **โครงการค่ายส่งเสริมสุขภาพ (HEALTH CAMP)** เพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการที่ได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกรด ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้รับผิดชอบโครงการ” ฝ่ายหนึ่งกับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกรดโดย **นายฉลอง จำนงค์** **ในฐานะ ประธานกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกรด** ซึ่งต่อไปในบันทึกเรียกว่า “ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม” อีกฝ่ายหนึ่ง

 ทั้งสองฝ่าย ได้ตกลงทำบันทึกข้อตกลงกัน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

 ข้อ ๑. ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ตกลงจะดำเนินการโครงการต่อไปนี้ ในบันทึกนี้ รียกว่า **โครงการค่ายส่งเสริมสุขภาพ (HEALTH CAMP)** ตามที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกรดได้ให้เงินอุดหนุน**จำนวน ๓๓,๕๘๐ บาท ( สามหมื่นสามพันห้าร้อยแปดสิบบาทถ้วน )** ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย แผนการดำเนินงานของโครงการตามเอกสารแนบท้ายบันทึกนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ และตามระเบียบของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกรด และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกประการ เงื่อนไขการจ่ายเงิน

การจ่ายเงินเพื่อดำเนินโครงการ/กิจกรรมนี้เป็นการจ่ายเงินตามข้อตกลง โดยจ่ายเงินตามจำนวนที่ให้การอุดหนุนเต็มจำนวน ซึ่งเมื่อดำเนินโครงการเสร็จสิ้นแล้ว ผู้รับผิดชอบโครงการจะต้องเป็นผู้จัดเก็บเอกสาร หลักฐานประกอบการจ่ายเงินต่างๆ ตามจำนวนเงินที่ได้รับการอุดหนุน เพื่อรอการตรวจสอบไว้เอง ดังนี้

(๑) แผนงานหรือโครงการที่ผ่านการอนุมัติ และประธานกรรมการได้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว

(๒) แบบบันทึกข้อตกลง มีรายละเอียดอันเป็นสาระสำคัญในข้อตกลงให้ครบถ้วน ประกอบด้วย

 (๒.๑) รายละเอียดโครงการ เช่น ชื่อโครงการ ผู้รับผิดชอบ ที่อยู่ เป็นต้น

 (๒.๒) รายละเอียดงวดเงิน จ่ายเงินตามจำนวนที่ให้การอุดหนุน เต็มจำนวน

 (๒.๓.) งวดงาน เป็นการกำหนดส่งมอบงาน หรือรายงานผลงานที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติตามโครงการ ซึ่งข้อมูลนี้จะเป็นส่วนประกอบส่วนหนึ่งในการพิจารณาการเบิกจ่ายเงิน

 (๒.๔) การกำหนดหรือแต่งตั้งผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบหรือติดตามผลการดำเนินงาน โดยคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อบต.หนองกรด แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบและติดตามผลดำเนินงานและแจ้งให้ผู้รับผิดชอบโครงการทราบ

 (๒.๕) หลักฐานการรับเงินของผู้รับผิดชอบโครงการ

 (๒.๖) หลักฐานการส่งมอบงานหรือรายงายผลการดำเนินงาน โดยผู้รับผิดชอบโครงการต้องทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานรูปเล่มภายในวันที่ **๓๐** เดือน **กันยายน** พ.ศ. **๒๕๖๑** ( ภายใน ๓๐ วันหลังจากเสร็จสิ้นโครงการ )

การกำหนดเอกสาร หลักฐานตามที่กล่าวมาเบื้องต้น ดังกล่าว คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ อาจมีการกำหนดเอกสารทางการเงินอื่นๆ เพิ่มเติมได้ตามเห็นสมควร

ข้อ2. หากผู้รับผิดชอบโครงการ ไม่ดำเนินการตาม **โครงการค่ายส่งเสริมสุขภาพ (HEALTH CAMP)** หรือหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ และระยะเวลาที่กำหนด เว้นแต่การไม่ดำเนินการหรือดำเนินการไม่เป็นไปตามที่โครงการนั้นเกิดเหตุสุดวิสัย พ้นวิสัย หรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งได้เกิดจากการกระทำของผู้รับผิดชอบโครงการ ผู้รับผิดชอบโครงการยินยอมรับผิดชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดอันเกิดจากการดำเนินการหรือไม่ดำเนินการดังกล่าว ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการมิต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือแต่อย่างใด

หากผู้รับผิดชอบโครงการไม่ชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใด ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ ผู้รับผิดชอบโครงการยินยอมเสียดอกเบี้ยตามอัตราที่กฎหมายกำหนดนับตั้งแต่วันที่ได้รับเงินไปจากผู้สนับสนุนโครงการ รวมทั้งยินยอมให้ผู้สนับสนุนโครงการ รวมทั้งยินยอมให้ผู้สนับสนุนโครงการดำเนินคดีได้ตามกฎหมายโดยมีเงื่อนไข ดังนี้

๑. การดำเนินงานต้องเป็นไปตามกิจกรรมในโครงการที่ได้รับอนุมัติ

๒. การใช้จ่ายงบประมาณในการดำเนินโครงการจะต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย ( ใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน ) และผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ

๓. ในกรณีที่มีการจัดซื้อ จัดจ้าง หรืจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ ให้ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐานครุภัณฑ์ของราชการโดยอนุโลม

๔. หากมีเงินเหลือจ่ายจากการดำเนินงานดังกล่าว ให้ตกเป็นเงินทุนเพื่อการดำเนินการส่งเสริมกิจกรรมกลุ่มต่อไป

๕. ให้ผู้รับผิดชอบโครงการ รายงานผลการดำเนินงานให้กองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล ตามรูปแบบและระยะเวลาที่กองทุนกำหนด

๖. งบประมาณที่สนับสนุนโครงการเป็นงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกรด

ข้อ๓. ในการดำเนินโครงการต้องแจ้งให้คณะกรรมการกองทุนฯทราบในวันดำเนินการโครงการและต้องแจ้งให้คณะกรรมการประเมินโครงการที่แต่งตั้งโดยกองทุนฯทราบ เพื่อเข้าร่วมกิจกรรมและประเมินโครงการ

กองทุนขอสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการและแก้ไขเปลี่ยนแปลงตามแนวทางปฏิบัติของกองทุน ถ้าผู้รับผิดชอบโครงการได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กองทุนกำหนด

บันทึกนี้ จัดทำขึ้นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกันโดยมอบให้ผู้รับผิดชอบโครงการหนึ่งฉบับผู้สนับสนุนโครงการหนึ่งฉบับ

ทั้งสองฝ่าย ได้อ่านและมีความเข้าใจในเนื้อความตามบันทึกนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

 (ลงชื่อ)......................................................ผู้รับผิดชอบโครงการ

 ( นางธีรญา จำรัสวิชช์ )

 ผู้อำนวยการโรงเรียนวัดสวรรค์ประชากร

(ลงชื่อ).........................................พยาน (ลงชื่อ)...........................................พยาน

 ( นายบุญทิ้ง ทรัพย์ขำ ) ( นายพิชิตพงษ์ ทองบำรุง )

 กรรมการกองทุนฯ กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการกองทุนฯ

 (ลงชื่อ).........................................................ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม

 ( นายฉลอง จำนงค์ )

 ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกรด