**ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม** ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

**ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**.....**โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการตามวิถีมุสลิม ตำบลผดุงมาตร อำเภอจะแนะ จังหวัดนราธิวาสปีงบประมาณ ๒๕๖๒**

**สรุปผลการดำเนินงาน**

1. คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ เข้าร่วมโครงการจำนวน ๑๐๐ คนคิดเป็นร้อยละ ๖๐.๒๔ จากผู้พิการทั้งหมด๑๖๖ คน ผู้พิการและผู้ดูแล มีความรู้ มีทักษะ สามารถให้การดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม หรือเป็นภาระแก่ครอบครัวให้น้อยที่สุด

2. คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ สามารถนำความรู้ตามวิถีมุสลิมมาใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อการพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

4. ผู้พิการหรือผู้ดูแลผู้พิการสามารถให้ความช่วยเหลือดูแลคนพิการกันเองในกลุ่มคนพิการ เพื่อให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างมีความสุข และมีส่วนช่วยเหลือสังคมทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมอีกทางหนึ่ง

1. **ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

๒.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์

( ) บรรลุตามวัตถุประสงค์

( ) ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์เพราะ.

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

 ๒.๒ จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม.....๑๐๐........... คน

1. **การเบิกจ่ายงบประมาณ**

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ......๔,๙๙๐...........บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง...............๔,๙๙๐............บาท คิดเป็นร้อยละ..........๑๐๐...............

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ..........................บาท คิดเป็นร้อยละ.............................

1. **ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

( / ) ไม่มี

( ) มี

ปัญหา/อุปสรรค(ระบุ)...............................................................................................

.................................................................................................................................................................................................................................................................................................... แนวทางการแก้ไข (ระบุ).............................................................................................

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

ลงชื่อ...........................................................ผู้รายงาน

(.............นายยาห์ยา อะยูยา..............)

 ตำแหน่ง.......ผอ.รพ.สต.ผดุงมาตร........

 วันที่...๙...เดือนกันยายน...พ.ศ.๒๕๖๒..