แบบเสนอโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต ๑๒ สงขลา

รหัสโครงการ	๖๒ – L๒๙๘๕ -๐๒-๒๐ ปี-รหัสกองทุน ๕ ตัว-ประเภท-ลำดับโครงการในหมวด
ชื่อโครงการ/กิจกรรม	โครงการปฏิบัติธรรมวันวิสาขบูชา
ชื่อกองทุน	เทศบาลตำบลมะกรูด
	☑ สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ ๗(๒)]
หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ	☑ กลุ่มหรือองค์กรประชาชนตั้งแต่ ๕ คน
ชื่อองค์กร/กลุ่มคน (๕ คน)	กลุ่มคน (ระบุ ๕ คน) ๑.นางสาวณัญจนา มณี
วันอนุมัติ	๑๑ เมษายน ๒๕๖๒
ระยะเวลาดำเนินโครงการ	ตั้งแต่ วันที่ ๑๖ เดือนพฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๒ ถึง วันที่ ๑๘ เดือนพฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๒
งบประมาณ	จำนวน ๓๘,๕๐๐ บาท

หลักการและเหตุผล (ระบุที่มาของการทำโครงการ)

เนื่องในโอกาสวันสำคัญทางพระพุทธศาสนา ตรงกับวันประสูติ ตรัสรู้ ปรินิพพาน ของสมเด็จพระสัมมาสัมมาพุทธเจ้า วัดมะกรูดจึงจัดโครงการปฏิบัติธรรมวันวิสาขบูชาขึ้น เพื่อให้ชาวไทยพุทธในตำบลมะกรูดบริเวณใกล้เคียงหรือผู้ที่สนใจ ได้ฝึกปฏิบัติการทำสมาธิตามหลักพระพุทธศาสนาเพื่อให้เกิดความสงบในใจอันนำมาซึ่งการเกิดปัญญาสามารถนำไปแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันได้ จึงกำหนดจัดปฏิบัติธรรมวันวิสาขบูชาแก่ผู้ที่สนใจขึ้น

วิธีดำเนินการ (ออกแบบให้ละเอียด)

๑ ประชุมปรึกษาหารือผู้เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดโครงการ
๒ ขอสนับสนุนงบประมาณ
๓ ประชาสัมพันธ์แจ้งให้ชุมชนทราบ
๔ จัดหาวิทยากร
๕ ดำเนินโครงการ
๖ สรุปผลการดำเนินโครงการ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. มีผู้สนใจเข้าปฏิบัติธรรมตามเป้าหมายที่วางไว้
๒. กลุ่มเป้าหมายสามารถทำสมาธิขั้นพื้นฐานได้ และนำไปปฏิบัติต่อเองที่บ้าน
๓. กลุ่มเป้าหมายสามารถใช้สมาธิในการควบคุมสติทำให้เกิดปัญญาและแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันได้

เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด
วัตถุประสงค์ ข้อที่ ๑. เพื่อให้พุทธศาสนิกชนได้รำลึกถึงวันสำคัญทาง	ตัวชี้วัดความสำเร็จ กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงพระพุทธศาสนาได้อย่าง

พุทธศาสนา	
ข้อที่ ๒. เพื่ออบรมพื้นฐานในการทำสมาธิ	กลุ่มเป้าหมายมีจิตใจที่สงบนิ่งและมีสุขภาพจิตที่ดี
ข้อที่ ๓. เพื่อให้กลุ่มเป้าหมาย ๔๐ คน สามารถแก้ปัญหาของตนเองได้โดยใช้แนวทางหลักพุธศาสนา	กลุ่มเป้าหมายมีสติในการใช้ชีวิตประจำวันอย่างไม่ประมาท

กิจกรรมหลักและกิจกรรมย่อย (ปรับเพิ่ม หัวข้อได้ มากกว่าตัวอย่าง)

ชนิดกิจกรรม	งบประมาณ	ระบุวัน/ช่วงเวลา
๑.๑กิจกรรมย่อย - การฝึกสอนทำสมาธิที่ถูกต้อง	๑.ค่าวิทยากร ๕ คนๆละ ๔ ชั่วโมงๆ ละ ๖๐๐ บาท เป็นเงิน ๑๒,๐๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารเช้าอาหารกลางวัน ๔๐ คน วันละ ๓ มื้อๆละ ๕๐ บาท รวม ๙ มื้อ เป็นเงิน ๑๘,๐๐๐ บาท ๓. ค่าอาหารว่าง พร้อมเครื่องดื่ม ๔๐ คน วันละ ๓ มื้อๆละ ๒๕ บาท รวม ๖ มื้อ เป็นเงิน ๖,๐๐๐ บาท	
๒.๑ กิจกรรมย่อย จัดหาอุปกร์ต่างๆที่เกี่ยวข้อง	วัสดุเอกสารเช่น ใบความรู้ เป็นเงิน ๒,๕๐๐ บาท	
	รวม ๓๘,๕๐๐ บาท	

๗. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

๗.๑ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๗)

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มโดยนางนัญจนา มณี.

☑ ๗.๑.๕ กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

๗.๒ ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๗)

☑ ๗.๒.๒ สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ ๗(๒)]

๗.๓ กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. ๒๕๕๗)

☑ ๗.๓.๕.๑ กลุ่มผู้สูงอายุ **จำนวน ๔๐ คน**

☑ ๗.๔.๕.๑ กลุ่มผู้สูงอายุ

- ☐ ๗.๔.๕.๑.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ☐ ๗.๔.๕.๑.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ☐ ๗.๔.๕.๑.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ☐ ๗.๔.๕.๑.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ☑ ๗.๔.๕.๑.๕ การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
- ☐ ๗.๔.๕.๑.๖ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
- ☐ ๗.๔.๕.๑.๗ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
- ☐ ๗.๔.๕.๑.๘ อื่นๆ (ระบุ) .....

ลงชื่อ นัญจนา มณี ..... ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(นางสาวนัญจนา มณี)

ประธานชมรมผู้สูงอายุ

วันที่-เดือน-พ.ศ. ๑๗ ก.ย. ๖๒

ส่วนที่ ๒ : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลมะกรูด ครั้งที่ ๓/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๖๒ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

☑ **อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน ๓๘,๕๐๐ บาท
เพราะ เป็นโครงการเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพของประชาชนชาวตำบลมะกรูด และตรงตามวัตถุประสงค์ตามกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

☐ **ไม่อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
เพราะ .....
.....

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) .....
.....

☐ ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม **(ส่วนที่ ๓)** ภายในวันที่ .....

ลงชื่อ .....

(นายมนตรี ดอเลาะ)

นายกเทศมนตรีตำบลมะกรูด

ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลมะกรูด

วันที่-เดือน-พ.ศ. ๑๑ เม.ย. ๖๒