

บันทึกข้อตกลง
การขอรับเงินอุดหนุนจาก
กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเกาะสะท้อน

เขียนที่ทำการ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเกาะสะท้อน
วันที่

บันทึกนี้ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการที่ได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเกาะสะท้อน ระหว่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตะเหลียงในฐานะผู้รับผิดชอบ โครงการเสริมสร้างพัฒนาการและทันตสุขภาพในเด็กอายุ ๓ - ๕ ปี ปี ๒๕๖๒ เพื่อเป็นข้อตกลงในการ ดำเนินงานโครงการที่ได้รับการอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเกาะสะท้อน ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้รับผิดชอบโครงการ” ฝ่ายหนึ่ง กับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเกาะสะท้อน โดย นายจีระศักดิ์ เล็งฮะ ในฐานะ ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเกาะสะท้อน ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้สนับสนุนโครงการ” อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่าย ได้ตกลงทำบันทึกข้อตกลงกัน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ ๑ ปฏิบัติภายใต้เงื่อนไขของการจ่ายตามข้อ ก. คือ การจ่ายตามข้อตกลง โดยมีเงื่อนไขการจ่ายเงิน เป็นการจ่ายเงินงวดเดียว โดยจ่ายให้ผู้รับผิดชอบโครงการ เป็นเงินจำนวน ๑๘,๓๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นแปดพันสามร้อยบาทถ้วน) เมื่อมีการลงนามในข้อตกลงแล้ว ผู้รับผิดชอบจะดำเนิน โครงการเสริมสร้างพัฒนาการและทันตสุขภาพในเด็กอายุ ๓ - ๕ ปี ปี ๒๕๖๒ ซึ่งเป็นโครงการตามทีกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเกาะสะท้อน ได้อนุมัติแล้วและได้ให้เงินอุดหนุน เป็นเงินจำนวน ๑๘,๓๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นแปดพันสามร้อยบาทถ้วน) หลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ และตามระเบียบ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเกาะสะท้อน และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกประการ

ข้อ ๒ ผู้รับผิดชอบโครงการต้องมีหลักฐานการรับเงินจากผู้สนับสนุนโครงการทุกครั้งที่ได้รับเงินเป็นใบเสร็จรับเงินหรือใบสำคัญรับเงิน และในการใช้จ่ายเงินงบประมาณการดำเนินงานของผู้รับผิดชอบโครงการต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย และเก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ

ข้อ ๓ ในกรณีที่มีการจัดซื้อ จัดจ้าง หรือจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ ให้ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐานครุภัณฑ์ของทางราชการโดยอนุโลมได้

ข้อ ๔ หากผู้รับผิดชอบโครงการไม่ได้ดำเนินการตาม โครงการเสริมสร้างพัฒนาการและทันตสุขภาพในเด็กอายุ ๓ - ๕ ปี ปี ๒๕๖๒ หรือหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วัตถุประสงค์ และระยะเวลาที่กำหนด เว้นแต่การไม่ดำเนินการไม่เป็นไปตามโครงการนั้น เกิดจากเหตุสุดวิสัยหรือพันวิสัยหรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งได้เกิดจากการกระทำของผู้รับผิดชอบโครงการฯ ยินยอมรับผิดชอบชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใด อันเกิดจากการดำเนินการหรือไม่ดำเนินการดังกล่าว ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการมีต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือแต่อย่างใด

หากผู้รับผิดชอบโครงการ ไม่ชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ ผู้รับผิดชอบโครงการยินยอมให้ผู้สนับสนุนโครงการประสานกับธนาคาร เพื่อโอนเงินออกจากบัญชีของผู้รับผิดชอบโครงการกลับคืนเข้าบัญชีกองทุนฯ ได้ หรือเสียดอกเบี้ยตาม

อัตราที่กฎหมายกำหนดนับแต่วันที่ได้รับเงินไปจากผู้สนับสนุนโครงการ รวมทั้งยินยอมให้ผู้สนับสนุนโครงการดำเนินคดีได้ตามกฎหมายโดยมีเงื่อนไขดังนี้

(๑) การดำเนินงานต้องเป็นไปตามกิจกรรมในโครงการที่ได้รับอนุมัติ

(๒) การใช้จ่ายเงินงบประมาณในการดำเนินโครงการจะต้องมีหลักฐานการเบิกจ่ายเป็นใบเสร็จรับเงินหรือใบสำคัญรับเงิน และให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ

ข้อ ๔ ผู้รับผิดชอบโครงการต้องส่งมอบงานหรือรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเกาะสะท้อน ให้รับทราบและตรวจสอบ ทุกครั้งที่มีการประชุม และต้องจัดทำสรุปรายงานส่งมอบงานภายในเดือน ธันวาคม ๒๕๖๒

ข้อ ๕ ผู้สนับสนุนโครงการสามารถแต่งตั้งหรือกำหนดรายชื่อในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเกาะสะท้อน เป็นผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบหรือติดตามผลการดำเนินงานโครงการได้

กองทุนขอสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการและแก้ไขเปลี่ยนแปลงตามแนวทางที่กองทุนกำหนด

บันทึกนี้ ทำขึ้นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกันโดยมอบให้ผู้รับผิดชอบโครงการหนึ่งฉบับ ให้ผู้สนับสนุนโครงการหนึ่งฉบับทั้งสองฝ่าย ได้อ่าน และมีความเข้าใจในเนื้อความตามบันทึกนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

ลงชื่อผู้เสนอโครงการ

(นางสมศรี พงษ์พานิชย์)

นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ

ลงชื่อผู้สนับสนุนโครงการ

(นายจีระศักดิ์ เล็งฮะ)

นายก อบต.เกาะสะท้อน

ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ

ลงชื่อพยาน

(นายมุฮามะ เล็งฮะ)

กรรมการกองทุนฯ

ลงชื่อพยาน

(นางสาวสนา นิง เตชะ)

กรรมการกองทุนฯ