เลขที่ ........../2560

บันทึกข้อตกลง

การขอรับเงินอุดหนุนจาก

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ­ท้องถิ่นหรือพื้นที่

องค์การบริหารส่วนตำบลโอโล อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ

เขียนที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลโอโล

อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ

วันที่ เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2560

บันทึกนี้ ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลโอโล ระหว่าง นายสุภาพ ระวิพันธ์ ตำแหน่ง ประธานหลักหลักประกันสุขภาพในระดับ­ท้องถิ่นหรือพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลโอโล โดย นายณรงค์ กุลแก้ว ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโอโล ในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบ โครงการ/กิจกรรม ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก .เพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานกองทุนโครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลโอโล ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้ เรียกว่า “ ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม ” ฝ่ายหนึ่งกับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลโอโล โดยนายสุภาพ ระวิพันธ์ ในฐานะ ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลโอโล ซึ่งต่อไปในบันทึกเรียกว่า “ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม” อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่าย ได้ข้อตกลงทำบันทึกข้อตกลงกัน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ 1. ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ตกลงจะดำเนินการโครงการ/กิจกรรมต่อไปนี้

ในบันทึกนี้ เรียกว่าโครงการ/กิจกรรมตามที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลโอโล ได้ให้เงินอุดหนุนจำนวน 5,000 บาท ( -ห้าพันบาทถ้วน-) . ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์เป้าหมาย และแผนการดำเนินของโครงการ/กิจกรรมตามเอกสารแนบท้ายบันทึกนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ และตามระเบียบ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลโอโล และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกประการ

/-2- ข้อ ก.

-2-

1. การจ่ายตามข้อตกลง การจ่ายเงินในลักษณะนี้เป็นการจ่ายล่วงหน้าเต็มจำนวน ตามที่

คณะกรรมการ ซึ่งการจ่ายโดยวิธีนี้จะเหมาะสมกับการจ่ายกับแผนงาน โครงการที่ผู้รับผิดชอบต้องมีการใช้เงินล่วงหน้าหรือจ่ายขณะทำงาน เช่น การรณรงค์งานด้านสุขภาพ การจัดประชุมสัมมนา เป็นต้น ข้อดีของการจ่ายเงินตามวิธีนี้ คือ ผู้ที่รับผิดชอบโครงการจะต้องเป็นผู้จัดเก็บหลักฐานประกอบการจ่ายต่างๆ เพื่อรอการตรวจสอบไว้เอง ดังนี้

(1 ) แผนงานหรือโครงการที่ผ่านการอนุมัติ และประธานกรรมการได้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว

(2) แบบบันทึกข้อตกลง กองทุนต้องระบุรายละเอียดอันเป็นสาระสำคัญในข้อตกลง ให้ ครบถ้วน (ตัวอย่างในภาคผนวก 6 ) ประกอบด้วย

(2.1) รายละเอียดโครงการ เช่น ชื่อโครงการ ผู้รับผิดชอบ ที่อยู่ เป็นต้น

(2.2) รายละเอียดงวดเงิน (เงื่อนไขการจ่ายเงิน) ว่ามีการจ่ายอย่างไร กี่งวด

งวดละเท่าไหร่ จ่ายเมื่อไหร่ เช่น งวดที่ 1 จ่ายให้ผู้รับผิดชอบโครงการ ร้อยละ 100 ของเงินทั้งหมดเป็นเงิน 5,000 บาท (- ห้าพันบาทถ้วน -) . เมื่อมีการลงนามในข้อตกลงแล้ว

(2.3) หลักฐานหลักฐานการรับเงินของผู้รับผิดชอบโครงการ

(2.4) หลักฐานการส่งมอบงานหรือรายงานผลการดำเนินงาน จัดทำหรือส่งตาม

การกำหนดงวดงาน งวดเงิน

ข้อ 2. หากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมไม่ดำเนินการตามโครงการ/กิจกรรม ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก. และหรือหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ วัตถุประสงค์ และระยะเวลาที่กำหนด เว้นแต่การไม่ดำเนินการหรือดำเนินการไม่เป็นไปตามโครงการ/กิจกรรมนั้น เกิดจากเหตุสุดวิสัยพ้นวิสัยหรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งได้เกิดจากการกระทำของผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมยินยอมรับผิดชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดอันเกิดจากการดำเนินการหรือไม่ดำเนินการดังกล่าว ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมมิต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือแต่อย่างใด

หากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ไม่ชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใด ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมยินยอมเสียดอกเบี้ยตามอัตราที่กฎหมายกำหนดนับแต่วันที่ได้รับเงินไปจากผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม รวมทั้งยินยอมให้ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมดำเนินคดีได้ตามกฎหมายโดยมีเงื่อนไข ดังนี้

(1) การดำเนินงานต้องเป็นไปตามกิจกรรมในโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับอนุมัติ

(2) การใช้จ่ายเงินงบประมาณในการดำเนินโครงการ/กิจกรรม จะต้องมีหลักฐานการ

เบิกจ่าย (ใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน) และให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ

/-3- (3)

-3-

(3) ในกรณีที่มีการจัดซื้อ/จัดจ้าง หรือจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ให้ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐาน

ครุภัณฑ์ของทางราชการโดยอนุโลม

(4) หากมีเงินเหลือจ่ายจากการดำเนินงานดังกล่าว ให้ตกเป็นเงินทุนเพื่อดำเนินการส่งเสริม

กิจกรรมกลุ่มต่อไป

(5) ให้กลุ่ม/ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม รายงานผลการดำเนินงานให้กองทุนระบบ

หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล ตามรูปแบบและระยะเวลาที่กองทุนกำหนด

(6) งบประมาณที่สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมเป็นงบประมาณของกองทุนหลักประกัน

สุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลโอโล

กองทุนขอสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการและแก้ไขเปลี่ยนแปลงตามแนวทางปฏิบัติของกองทุน

ถ้าผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กองทุนกำหนด

บันทึกนี้ ทำขึ้นเป็นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกันโดยมอบให้ผู้รับผิดชอบโครงการ/

กิจกรรมหนึ่งฉบับผู้สนับสนุนโครงการหนึ่งฉบับ

ทั้งสองฝ่ายได้อ่านและมีความเข้าใจในเนื้อความตามบันทึกนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อ

ไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ) .ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม

( นายณรงค์ กุลแก้ว )

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโอโล

(ลงชื่อ) กรรมการ/ผู้รับผิดชอบโครงการ

(นางสาวหทัยชนก ปกคุ้ม)

(ลงชื่อ) กรรมการ/ผู้รับผิดชอบโครงการ

(นางสาวสุจิตรา กอบการดี )

/-4- (ลงชื่อ)

-4-

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

( นายสุภาพ ระวิพันธ์ )

ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุน

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

( นายเจริญชาติ แก้งคำ) (นายสุเวช พฤษรัตน์)