

ฎีกาเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบลอบต.หนองย่างขึ้น

เลขที่ L1855.026/2565

วันที่ จัดทำ 21/04/2565

เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น

ตามที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ได้อนุมัติโครงการ (ตามเอกสารที่แนบมา) ให้แก่ ผู้ได้รับการอนุมัติ (ระบุชื่อ) ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลหนองย่างขึ้น จำนวนเงิน 24,740.00 บาท นั้น บัดนี้ ผู้ได้รับการอนุมัติ มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 24,740.00 บาท เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ หลักฐานประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน (ระบุชื่อ) นางสาวลักษณ อ่อนสกุล จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ ผู้ขอเบิก (ผู้ได้รับมอบหมาย)

(นางสาวลักษณ อ่อนสกุล)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองย่างขึ้น
ตำแหน่ง.....

ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้อง และ
ได้ตรวจสอบแล้วมีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้
จำนวน 76,499.87 บาท

ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบ (ผู้ได้รับมอบหมาย)

(นางสาวบุษกร การณ)

ตำแหน่ง ผู้ช่วยเจ้าพนักงานการเงินและบัญชี/คณะทำงาน

วันที่ 21 เม.ย. 2565

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

เห็นควรให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น

ลงชื่อ.....

(นางสาวลักษณ อ่อนสกุล)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองย่างขึ้น

ประธานคณะทำงาน/ผู้ช่วยเลขานุการกองทุน

วันที่ 21 เม.ย. 2565

เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น

เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น

ลงชื่อ.....

(นายรังสฤษฎ์ อินทรดิยะ)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองย่างขึ้น/เลขานุการกองทุนฯ

วันที่ 21 เม.ย. 2565

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

จำนวนเงิน 24,740.00 บาท

ลงชื่อ.....

(นายศักดิ์วิวัฒน์ คำป้อม)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองย่างขึ้น / ประธานกองทุนฯ

วันที่ 21 เม.ย. 2565

จ่ายเป็น Δ เชื้อชีวิตครอบครัว/ตัวแลกเงิน/ธนาณัติ

Δ ทางธนาคาร

ธนาคาร กสิวิทย์ บัญชีเลขที่ 017382970799

เลขที่เช็ค 17716743 ลงวันที่ 25 เม.ย. 2565

จำนวนเงิน 24,740.00 บาท (สิบหมื่นสี่พันเจ็ดร้อยสี่สิบบาทถ้วน)

จ่ายให้: นางสาวลักษณ อ่อนสกุล เลขประจำตัวประชาชน
ตำบลหนองย่างขึ้น

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ ผู้มีอำนาจลงนาม

ลงชื่อ ผู้มีอำนาจลงนาม

ลงชื่อ ผู้มีอำนาจลงนาม

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 24,740.00 บาท

ลงชื่อ ผู้รับเงิน (1)

(นางสาวลักษณ อ่อนสกุล) นางสาวลักษณ

ตำแหน่ง รองปลัด อบต. หนองย่างขึ้น

วันที่ 25 เม.ย. 2565

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 24,740.00 บาท

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวลักษณ อ่อนสกุล)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองย่างขึ้น/ผู้ช่วยเลขานุการกองทุน

วันที่ 25 เม.ย. 2565



ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๒๕ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕

ข้าพเจ้า นางสาวกัญญา หอมมาวงศ์ อยู่บ้านเลขที่ ๒๕
หมู่ที่ ๔ ตำบล หนองม่วงไข่ อำเภอ วังชิ้น จังหวัด แพร่
ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลหนองอ่างขางเลขที่ ๑๐๙ หมู่ที่ ๖
ตำบลหนองอ่างขาง อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- เงินอุดหนุนโครงการ เติบ วัง เพื่อสุขภาพผู้สูงอายุตำบลหนองอ่างขาง	๒๔,๗๔๐.๐๐	-
	๒๔,๗๔๐.๐๐	-

จำนวนเงิน (สองหมื่นสี่พันเจ็ดร้อยสี่สิบบาทถ้วน)
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ กัญญา ผู้รับเงิน
(นางสาวกัญญา หอมมาวงศ์)

ลงชื่อ นางสาวลักษณ อ่อนสกุล ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวลักษณ อ่อนสกุล)
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number **3 4806 00219 01 2**
 ชื่อตัวและชื่อสกุล **นาง สุกัญญา หงสawangค์**
 Name **Mrs. Sukanya**
 Last name **Hongsawong**
 เกิดวันที่ **11 ก.ค. 2496**
 Date of Birth **11 Jul. 1953**
 ศาสนา **พุทธ**
 ที่อยู่ **28 หมู่ที่ 4 ต.หนองย่างหิน**
อ.เรณูนคร จ.นครพนม
27 มิ.ย. 2561  **ตลอดชีพ**
วันออกบัตร **(ลายเซ็น ผู้ลงทะเบียน)** **วันบัตรหมดอายุ**
27 Jun. 2018 **เจ้าหน้าที่ออกบัตร** **LIFELONG**
Date of Issue **Date of Expiry** **4806-04-06270902**



พี่สาวลูกตัว

ดิฉัน (Q)

(นางสาวสุกัญญา หงสawangค์)

0:13 11017716743110341106721: 082027537611

ข้อตกลงเลขที่..... ๒๓/๒๐๖๕

บันทึกข้อตกลง
การขอรับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
กองนสหภาพตำบลอบต.หนองย่างขึ้น

เขียนที่ กองทุนฯ

วันที่ 21 เดือน เมษายน พ.ศ. 2565

บันทึกนี้ ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนฯ ระหว่าง
ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลหนองย่างขึ้น โดย นางสุกัญญา นามวงศ์ ในฐานะ
ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม” ฝ่ายหนึ่ง กับกองทุนฯ
โดย นายศักดิ์จิรวัฒน์ คุ้มไธ ในฐานะประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้
เรียกว่า “ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่าย ได้ตกลงทำบันทึกข้อตกลงกัน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ 1 ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ตกลงจะดำเนินการโครงการ/กิจกรรม ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์/เป้าหมาย/แผนการดำเนิน ของโครงการ/กิจกรรม ตามเอกสารแนบท้ายบันทึกนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ และ
ตามระเบียบของกองทุนฯ และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกประการ โดยได้รับการ
อุดหนุนเงิน จำนวน 24,740.00 บาท (สองหมื่นสี่พันเจ็ดร้อยสี่สิบบาทถ้วน)

เงื่อนไขการจ่ายเงิน โดยมีเงื่อนไขการจ่ายดังต่อไปนี้

ผู้รับผิดชอบโครงการจะต้องเป็นผู้จัดเก็บหลักฐานประกอบการจ่ายต่างๆ เพื่อรอการตรวจสอบไว้เอง ดังนี้

- (1) โครงการ/กิจกรรม ที่ผ่านการอนุมัติและประธานกรรมการได้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว
- (2) แบบบันทึกข้อตกลง ต้องระบุรายละเอียดอันเป็นสาระสำคัญในข้อตกลงให้ครบถ้วน

ประกอบด้วย

- (2.1) รายละเอียดโครงการ เช่น..... เป็นต้น
- (2.2) รายละเอียดการจ่าย (เงื่อนไขการจ่ายเงิน) งวดเดียว เมื่อลงนามในข้อตกลงแล้ว
- (2.3) หลักฐานการรับเงินของผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม
- (2.4) หลักฐานการส่งมอบงาน หรือรายงานผลการดำเนินงาน สิ่งต้องส่งได้แก่

.....

ข้อ 2 หากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ไม่ดำเนินการตามโครงการ/กิจกรรม และหรือหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ วัตถุประสงค์ และระยะเวลาที่กำหนด เว้นแต่การไม่ดำเนินการหรือดำเนินการไม่เป็นไปตามโครงการ/กิจกรรม นั้น เกิดจากเหตุสุดวิสัยหรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งได้เกิดจากการกระทำของผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ยินยอมรับผิดชอบเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดอันเกิดจากการดำเนินการหรือไม่ดำเนินการดังกล่าว ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมโดยมีต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือ แต่อย่างใด

หากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ไม่ชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ยินยอมเสียดอกเบี้ยตามอัตราที่กฎหมายกำหนด นับแต่วันที่ได้รับเงินไปจากผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม รวมทั้งยินยอมให้ ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมดำเนินคดีได้ตามกฎหมายโดยมีเงื่อนไขดังนี้

1. การดำเนินงานต้องเป็นไปตามโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับอนุมัติ
 2. การใช้จ่ายงบประมาณในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมจะต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย (ใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน) และให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ
 3. ในกรณีที่มีการจัดซื้อ/จัดจ้าง/จัดหา วัสดุหรือครุภัณฑ์ ให้ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐานครุภัณฑ์ ของทางราชการโดยอนุโลม
 4. หากมีเงินเหลือจ่ายจากการดำเนินงานให้นำเงินที่เหลือส่งคืนกองทุนฯ
 5. ให้ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม รายงานผลการดำเนินงานให้กองทุนฯ ตามรูปแบบและระยะเวลาที่กองทุนฯ กำหนด
 6. งบประมาณที่สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมเป็นงบประมาณของกองทุนฯ กองทุนฯ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการแก้ไขเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติของกองทุนฯ ถ้าผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กองทุนฯ กำหนด
- บันทึกนี้ ทำขึ้นเป็นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกันโดยมอบให้ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม หนึ่งฉบับ

(ลงชื่อ).....ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม

(นาง สติฉน) น. มาอศ

(ลงชื่อ).....ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม

(นายศักดิ์วิวัฒน์ คำป่อง)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองย่างขึ้น

ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ

(ลงชื่อ).....พยาน

(นายรังสฤษดิ์ อินทร์ติยะ)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองย่างขึ้น

(ลงชื่อ).....พยาน

(นางสาวสัทสนิ อ่อนสกุล)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองย่างขึ้น

L185525652019

รหัสโครงการ: L185525652019

ชื่อโครงการ: โครงการ เดิน วิ่ง เพื่อสุขภาพผู้สูงอายุตำบลหนองย่างชั้น

ปีงบประมาณ: 2565

ประเภทโครงการ: ประเภทที่ 3 สนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ

หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน: ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลหนองย่างชั้น

กลุ่มเป้าหมาย:

5.กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 100 คน

- 5.4.การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- 5.8.อื่น ๆ

ระยะเวลาโครงการเริ่มต้น: 01/10/2564

ระยะเวลาโครงการสิ้นสุด: 30/09/2565

งบประมาณที่เสนอ: 24,740.00 บาท

งบประมาณที่อนุมัติ: 24,740.00 บาท

วันที่ได้รับอนุมัติโครงการ: 18/03/2565

วันที่ต้องรายงานผล: 31/10/2565

ผู้ประสานงานโครงการ: นางสุกัญญา หงสางค์

เบอร์โทรศัพท์: 0899495563

089949 5563

พอ. สุวิทย์ มณีมานต์



กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลหนองย่างซัน

รับที่ ๒๑

วันที่ ๒๕ ธ.ค. ๖๕

เวลา

แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลหนองย่างซัน

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม เดิน วิ่ง เพื่อสุขภาพผู้สูงอายุตำบลหนองย่างซัน

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลหนองย่างซัน

ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน (ระบุชื่อ).....ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลหนองย่างซัน.....มีความประสงค์จะทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม เดิน วิ่ง เพื่อสุขภาพผู้สูงอายุตำบลหนองย่างซัน ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕.....โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลหนองย่างซันเป็นเงิน ๒๔,๗๔๐.- บาท โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ ๑ : รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด)

หลักการเหตุผล

การมีสุขภาพดี เป็นความปรารถนาของทุกคน เพราะการมีสุขภาพดีเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความสุข และส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในที่สุด สุขภาพ มีความหมาย คือ สภาวะแห่งความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี ไม่ใช่เพียงแต่ความปราศจากโรคหรือทุพพลภาพเท่านั้น จากคำจำกัดความนี้ แสดงเห็นว่า ภาวะของความไม่มีโรคหรือไม่บกพร่องยังไม่ถือว่าเป็นสุขภาพ แต่สุขภาพมีความหมายเชิงบวกที่เน้นความเป็นอยู่ที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม นั่นคือ ต้องมีสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสุขภาพทางสังคมครบทุกด้าน ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วยแนวทางหลายแนวทางด้วยกัน และที่ได้รับการยอมรับในแนวทางปฏิบัติตามหลักวิชาการ คือ การมีสุขภาพดีตามหลัก ๖ อ.สร้างสุขภาพคนไทย ประกอบด้วย ๑. อาหาร ๒. ออกกำลังกาย ๓. อารมณ์ ๔. อนามัย สิ่งแวดล้อม ๕. อโรคยา ๖. อบายมุข ซึ่งต้องปฏิบัติควบคู่กันไปอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการออกกำลังกาย ที่ได้รับความนิยมนักแพร่หลายในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งการออกกำลังกายมีหลากหลายรูปแบบและวิธีการที่แตกต่างกันออกไป

ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลหนองย่างซันซึ่งเป็นศูนย์ที่ดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองย่างซันจึงได้จัดทำโครงการ เดิน-วิ่ง เพื่อสุขภาพผู้สูงอายุตำบลหนองย่างซัน ตามมาตรฐานการดำเนินงานของศูนย์ฯ ในด้านการจัดกิจกรรมและบริการประกอบด้วยตัวชี้วัดดังนี้ ๑. มีบริการตรวจสุขภาพเบื้องต้น ๒. มีกิจกรรมวอร์มร่างกายผู้สูงอายุ ๓. มีกิจกรรม เดิน - วิ่ง ให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกาย ๔. มีกิจกรรมอบรมวิธีการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

๑. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมนันทนาการร่วมกัน
๒. เพื่อสร้างความสามัคคีในชุมชนและพบปะพูดคุยกันระหว่างผู้สูงอายุ
๓. เพื่อเสริมสร้างสุขภาพให้ผู้สูงอายุได้มีสุขภาพที่ดี
๔. เพื่อให้ผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนตำบลหนองย่างซัน ได้แสดงศักยภาพ สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุกับ

คนทุกวัย

๒. วิธีดำเนินการ

๑. ประชุมคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลหนองย่างซัน เพื่อวางแผน
๒. ประชุมคณะกรรมการเพื่อแต่งตั้งคณะทำงาน เตรียมการและแบ่งงาน หน้าที่ความรับผิดชอบ
๓. เสนอโครงการต่อคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลหนองย่างซันเพื่ออนุมัติ
๔. ประชาสัมพันธ์และเชิญชวนให้ผู้สูงอายุ เข้าร่วมกิจกรรม
๕. ดำเนินการจัดกิจกรรมตามโครงการ
๖. สรุปและประเมินผลโครงการ

๓. กลุ่มเป้าหมาย

- ผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองย่างชั้น จำนวน ๑๐๐ คน

๔. ระยะเวลาดำเนินการ

- ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕)

๕. สถานที่ดำเนินการ

- ณ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) องค์การบริหารส่วนตำบลหนองย่างชั้น

๖. งบประมาณ

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลหนองย่างชั้น จำนวน
จำนวน ๑๒,๑๔๐.- บาท (หนึ่งหมื่นสองพันหนึ่งร้อยสี่สิบบาทถ้วน) รายละเอียด ดังนี้

- | | |
|---|----------------------|
| - ค่าป้ายโครงการ | เป็นเงิน ๕๔๐.- บาท |
| - ค่าอาหารกลางวัน ๑ มื้อ จำนวน ๑๐๐ คนๆ ละ ๕๐ บาท จำนวน ๑ วัน | เป็นเงิน ๕,๐๐๐.- บาท |
| - ค่าอาหารว่าง ๒ มื้อ จำนวน ๑๐๐ คนๆ ละ ๓๕ บาท จำนวน ๒ มื้อ | เป็นเงิน ๗,๐๐๐.- บาท |
| - ค่าวิทยากร ๒ คน จำนวน ๖ ชั่วโมง ชั่วโมงละ ๖๐๐ บาท จำนวน ๑ วัน | เป็นเงิน ๗,๒๐๐.- บาท |
| - ค่าเอกสารประกอบการอบรม จำนวน ๑๐๐ คนๆ ละ ๕๐ บาท | เป็นเงิน ๕,๐๐๐.- บาท |

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๒๔,๗๔๐.- บาท (สองหมื่นสี่พันเจ็ดร้อยสี่สิบบาทถ้วน)

๗. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีจิตใจแจ่มใส
๒. ลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
๓. ผู้สูงอายุเกิดความรัก ความสามัคคี เอื้ออาทรในกลุ่ม
๔. ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์

๘. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว
โดยสามารถลงรายการได้มากกว่า ๑ รายการ สำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น)

๘.๑ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม (ตามประกาศฯ พ.ศ. ๒๕๖๑ ข้อ ๑๐)

ชื่อ(หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน)ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.)

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองย่างชั้น

- ☒ ๑. องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [ข้อ ๑๐ (๒)]

๘.๒ ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศฯ พ.ศ. ๒๕๖๑ ข้อ ๑๐)

- ☒ ๓. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ (เด็กเล็ก/
ผู้สูงอายุ/คนพิการ) [ข้อ ๑๐ (๓)]

๘.๓ กลุ่มเป้าหมายหลัก

- ☒ ๘.๔.๕ กลุ่มผู้สูงอายุ

- | |
|---|
| ☐ ๑. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ |
| ☐ ๒. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีความเสี่ยง |
| ☐ ๓. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ |
| ☒ ๔. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้ |
| ☐ ๕. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ |
| ☐ ๖. การคัดกรองและดูแลผู้มีความเสี่ยง |
| ☐ ๗. การคัดกรองและดูแลผู้มีความเสี่ยง |

ลงชื่อ.....ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(นางสุกัญญา หงษ์วงศ์)

ตำแหน่ง ประธานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ

วันที่ ๒๕ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

ส่วนที่ 2 : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ อบท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลหนองย่างซัน อ.เรณูนคร จ.นครพนม
ครั้งที่ 2/2565 เมื่อวันที่ 18 มีนาคม 2565 ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

☐ งบประมาณที่เสนอ จำนวน บาท

☐ อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน บาท
เพราะ

☐ ไม่อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

เพราะ

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี)

.....

☐ ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ 3) ภายในวันที่

ลงชื่อ 

(นายศักดิ์วิวัฒน์ คำป่อง)

ตำแหน่ง นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองย่างซัน
ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลหรือพื้นที่

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองย่างซัน

วันที่-เดือน-พ.ศ. 21 เม.ย. 2565