

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่

รายงานผลการดำเนินงานโครงการชุมชนร่วมใจป้องกันภัยโรคไวรัสโควิด-19 บ้านซ้บทอง หมู่ที่ 10

ได้รับงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลห้วยไร่ โดยมีหลักฐาน เอกสารประกอบรายงาน ดังนี้

- ส่วนที่ ๓ แบบรายงานผลการดำเนินงาน
- ส่วนที่ ๔ รายงานคณะกรรมการติดตามประเมินผลโครงการ
- รายชื่อผู้เข้าร่วมตามโครงการ
- กำหนดการดำเนินโครงการ
- รูปภาพการดำเนินงาน
- ใบจัดซื้อจัดจ้าง กรณี หน่วยงานรัฐ หรือ องค์กร
- ใบเสร็จ หรือใบสำคัญรับเงินและเอกสารผู้รับเงิน
- รายงานการประชุม
- อื่นๆ ระบุ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ



(นางสาววรุณี ชุมนาสีเยว)

นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ/ผู้ช่วยเลขานุการกองทุนฯ

- เพื่อโปรดทราบ



(นางลักขณา ทิรัญวรรณ)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่/เลขานุการกองทุน ฯ

ทราบ

.....



(นายนรากร แนนอุดร)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่

ส่วนที่ ๓: แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ(สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการชุมชนร่วมใจป้องกันภัยโรคไวรัสโควิด-๑๙ บ้านซับทอง หมู่ที่ ๑๐
ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

๑. ผลการดำเนินงาน

ชุมชนมีการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-๑๙ ในชุมชน มีการรายงานผู้เดินทางจากต่างจังหวัดเข้ามาในพื้นที่หมู่บ้าน มีการคัดกรองก่อนเข้าหมู่บ้าน ๑๐๐%

๑. ประชาชนมีความรู้ความตระหนักในการให้ความร่วมมือรักษาความสะอาดด้านสุขอนามัย ของตนเอง และรับผิดชอบต่อชุมชนในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-๑๙

๒. ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อไวรัสโควิด-๑๙ ไม่ให้มีการระบาดในชุมชน

๓. ควบคุมโรคระบาดที่เกิดในชุมชนให้อยู่ในวงจำกัด ควบคุมได้ไม่มีการระบาดระหว่างชุมชน

๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

๒.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์

บรรลุตามวัตถุประสงค์

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ.....

๒.๒ จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม๕๒..... คน

๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ๔,๐๗๐.....บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง๔,๐๗๐.....บาทคิดเป็นร้อยละ.....๑๐๐.....

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ๐.....บาทคิดเป็นร้อยละ.....๐.....

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)

แนวทางการแก้ไข (ระบุ).....

ลงชื่อ.....ค.ภ.ภ. ๒๖๕๗๑.....ผู้รายงาน

(นาง ค.ภ.ภ. ๒๖๕๗๑.....)

ตำแหน่ง ปรวตท ๐๖๖.....

วันที่-เดือน-พ.ศ. ๒ สิงหาคม ๒๕๖๕.....

ส่วนที่ ๔ : แบบรายงานการติดตามประเมินผลโครงการที่ขอรับเงินสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ
ตำบลห้วยไร่

โครงการ โครงการชุมชนร่วมใจป้องกันภัยโรคไวรัสโควิด-๑๙ บ้านซำทอง หมู่ที่ ๑๐ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ.....๔,๐๗๐.....บาท เบิกจ่าย.....๔,๐๗๐.....บาท คงเหลือ.....-.....บาท

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

- หน่วยงานบริการ.....
- กลุ่มประชาชน/องค์กรชุมชน..... ธ.ชนง
- กองทุน(การบริหารจัดการกองทุน)

ประเภทการสนับสนุน

- การจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ
- การสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรคของกลุ่ม/องค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น
- การจัดกิจกรรมของศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ
- การเกิดโรคระบาดหรือภัย พิบัติ

กลุ่มเป้าหมาย

- หญิงมีครรภ์และหญิงหลังคลอด
- เด็กเล็ก แรกเกิด-ต่ำกว่า ๖ ปี
- เด็กโตและเยาวชน ตั้งแต่ ๖ ปี - ต่ำกว่า ๒๕ ปี
- ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุตั้งแต่ ๒๕ ปี
- ผู้สูงอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป
- ผู้พิการและทุพพลภาพ
- อื่น ๆ

ผลการตรวจสอบกิจกรรมของโครงการ

- ถูกต้องตามวัตถุประสงค์กองทุนฯ ไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์กองทุนฯ
- ครบถ้วนตามแผนการดำเนินการ ไม่ครบถ้วนตามแผนการดำเนินการ
- แล้วเสร็จตามกำหนดในแผนปฏิบัติการ ไม่แล้วเสร็จตามกำหนดในแผนปฏิบัติการ

สรุปความเห็นผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ/คณะทำงาน

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

(ลงชื่อ)..... ก.ค......กรรมการ

(นางสาววณิชนิภา ใต้สันเทียะ)

แผนงาน / โครงการการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตำบลห้วยไร่ อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

หมวด ๒ สนับสนุนและส่งเสริมการจัดการกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกัน โรคขององค์กร หรือกลุ่มประชาชน หรือหน่วยงานอื่น

ลำดับ	แผนงานโครงการ	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กลวิธี/กิจกรรม	ตัวชี้วัด (KPI)	ระยะเวลา ดำเนินการ	งบประมาณ (รายละเอียด)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ
15	โครงการชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยโรคไวรัส โควิด-๑๙ ปี ๒๕๖๕	๑.เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ ความตระหนักในการให้ความร่วมมือ รักษาความสะอาดด้านสุขอนามัย ของตนเอง และรับผิดชอบต่อชุมชน ในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-๑๙ ๒.เพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ที่เกิดจากเชื้อไวรัสในชุมชน ๓.เพื่อลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ที่จะเกิดจากการระบาดในชุมชน ๔.เพื่อควบคุมโรคระบาดที่เกิดในชุมชน ให้อยู่ในวงจำกัด ควบคุมได้	แกนนำครอบครัว หมู่ ๑๐ จำนวน ๕๒ คน	๑.จัดทำโครงการ เสนอคณะกรรมการ เพื่อขออนุมัติโครงการ ๒.ประชุมชี้แจงโครงการแก่เครือข่าย ผู้นำ ชุมชน,อสม,เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้บริหาร สถานศึกษา และองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อ ประสานความร่วมมือ ๓.จัดกิจกรรมรณรงค์สร้างความรู้ ในการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อ โควิด-๑๙ ๔.แต่งตั้งคณะกรรมการออกให้ความรู้ใน ชุมชนผ่านสื่อ ช่องทางต่างๆในชุมชน ๕.ประชุมสรุปรายงานผลการดำเนินงาน	๑.ชุมชนมีการจัดการ เสริมสร้างความรู้ สร้างความตระหนัก การป้องกันโรคในชุมชนได้ ๒.หมู่บ้านที่เกิดการระบาด มีการควบคุมโรคได้ทัน ไม่มีการระบาดในชุมชน	ต.ค.-๖๔- ก.ย.-๖๕	งบประมาณ จาก กองทุนหลักประกัน ระดับตำบลตำบลห้วยไร่ ๑ ค่าถุงมือยาง จำนวน ๓ กล่องๆละ ๒๓๐ บาท เป็นเงิน ๖๙๐ บาท ๒.ค่าเจลล้างมือแอลกอฮอล์ ๔๐ ขวดๆละ ๗๕ บาทเป็นเงิน ๓,๐๐๐ บาท ๓.ค่าหน้ากากอนามัยจำนวน ๔กล่อง กล่องละ ๔๕ บาทเป็นเงิน ๑๘๐ บาท ๔. ค่าตอบแทนคณะกรรมการติดตาม ประเมินผลโครงการ จำนวน ๒๐๐ บาท รวมเป็นเงิน ๔,๐๗๐ บาท	ประธาน อสม บ้านซับทอง

(ลงชื่อ) ส.วิเศษ

(นางลัดดาพร อสม. พชอ)

ประธาน อสม.บ้านซับทอง หมู่ ๑๐ เสนอโครงการ

(ลงชื่อ)

(นางลัดดาพร หิรัญวรรณ)

ปลัด อบต.ห้วยไร่ (เลขานุการกองทุนฯ)

(ลงชื่อ)

(ประธานกองทุนฯ)

(นางลัดดาพร หิรัญวรรณ)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ ปฏิบัติหน้าที่
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่

ใบกำกับภาษี/ใบเสร็จรับเงิน
Lich บริษัท ลิช พลาสติก จำกัด

17 หมู่ 9 ต.บ้านโสก อ.คอนสวรรค์ จ.ชัยภูมิ 36140
 โทร.086-352-9309

เล่มที่ 007 เลขที่ 19
 (สำนักงานใหญ่)

สาขา.....

วันที่ 21 / 12 / 25 65


ชื่อผู้ซื้อ ก่อพัฒนาเคาน์ตีบ้านชัยภูมิ
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0965557000469
 ที่อยู่ N. 10 ต.บ้านโสก อ.คอนสวรรค์ จ.ชัยภูมิ

อัตราภาษี อัตราร้อยละ 7 อัตราศูนย์

จำนวน	รายการ	ราคาต่อหน่วย		จำนวนเงิน (ไม่รวมภาษี)	
		บาท	สต.	บาท	สต.
3	ท่อพีอีขนาด	230	-	690	-
40	ท่อเหล็กเส้นขนาด 110 ลม 80 คี	75	-	3000	-
4	दानเหล็กกลม 110	45	-	180	-

(สามพันแปดร้อยแปดสิบบาทถ้วน)	รวมราคาสินค้า	3,799	1
จำนวนเงินเป็น (ตัวอักษร)	จำนวนภาษีมูลค่าเพิ่ม 7 %	270	9
	จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น	3,870	-

ลงชื่อ..... ลี กนก..... ผู้รับสินค้า
 (.....)

ลงชื่อ..... ..... ผู้รับเงิน
 (.....)

 บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 3606 00079 05 0

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. นิชนิกา ไตสันเทียะ
Name Miss Nychanipa
Last name ไตสันเทียะ
เกิดวันที่ 15 มิ.ย. 2516
Date of Birth 15 Jun. 1973
ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 3 หมู่ที่ 6 ต.กะฮาด อ.เนินสง่า
จ.บุรีรัมย์
ป.พ. 2565
วันออกบัตร Feb. 2022
Date of Issue


(นายอนุทิน ชาญวีรกูล)
เจ้าพนักงานออกบัตร

14 มิ.ย. 2573
วันบัตรหมดอายุ
14 Jun. 2030
Date of Expiry 3603-06-02011038



สำเนาถูกต้อง

ก.ค. ✓
(นางสาวนิชนิกา ไตสันเทียะ)
ผู้อำนวยการกองคลัง

