

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่

รายงานผลการดำเนินงานโครงการชุมชนร่วมใจป้องกันภัยโรคไวรัสโควิด-19 บ้านดงเย็น หมู่ที่ 8

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 ชุ่มนาเสียว)

นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ/ผู้ช่วยเลขานุการกองทุนฯ

- เพื่อโปรดทราบ



(นางลักขณา หิรัญวรรณ)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่/เลขานุการกองทุน ฯ

ทราบ

.....



(นายนรากร แนนอุดร)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่

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

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการชุมชนร่วมใจป้องกันภัยโรคไวรัสโควิด-๑๙ บ้านดงเย็น หมู่ที่ ๘  
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/กิจกรรม .....๑๕๒..... คน

๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ .....๔,๐๗๐.....บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง .....๔,๐๗๐.....บาทคิดเป็นร้อยละ.....๑๐๐.....

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ .....-.....บาทคิดเป็นร้อยละ.....-

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) .....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ).....

ลงชื่อ.....*ประณีต พงษ์พิศาล*.....ผู้รายงาน

(*นางประณีต พงษ์พิศาล*)

ตำแหน่ง.....*ช่างเทคนิค*.....

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....*๕ สิงหาคม ๒๕๖๕*.....

ส่วนที่ ๔ : แบบรายงานการติดตามประเมินผลโครงการที่ขอรับเงินสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
ตำบลห้วยไร่

โครงการ โครงการชุมชนร่วมใจป้องกันภัยโรคไวรัสโควิด-๑๙ บ้านดงเย็น หมู่ที่ ๘ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕  
งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ.....๔,๐๗๐.....บาท เบิกจ่าย.....๔,๐๗๐.....บาท คงเหลือ.....-.....บาท

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

- หน่วยงานบริการ.....
- กลุ่มประชาชน/องค์กรชุมชน อสม. บ. ปัทมาวิทย์
- 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

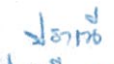
.....  
.....  
.....  
.....


(ลงชื่อ).....กรรมการ  
(นายสมาน บุญโนนแต่)

แผนงาน / โครงการการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตำบลห้วยไร่ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

หมวด ๒ สนับสนุนและส่งเสริมการจัดการกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกัน โรคขององค์กร หรือกลุ่มประชาชน หรือหน่วยงานอื่น

ลำดับ	แผนงานโครงการ	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กลวิธี/กิจกรรม	ตัวชี้วัด (KPI)	ระยะเวลา ดำเนินการ	งบประมาณ (รายละเอียด)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ
13	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 ๘ จำนวน ๙๕ 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 บ้านดงเย็น

(ลงชื่อ)   
นางปราณี รุสสี/พชค  
ประธาน อสม.บ้านดงเย็น หมู่ ๘ เสนอโครงการ

(ลงชื่อ)   
(นางลักษณา ทิรัญวรรณ)  
ปลัด อบต.ห้วยไร่ (เลขานุการกองทุนฯ)

(ลงชื่อ)   
(ประธานกองทุนฯ)  
(นางลักษณา ทิรัญวรรณ)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ ปฏิบัติหน้าที่  
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่

**ใบกำกับภาษี/ใบเสร็จรับเงิน**  
**Lich บริษัท ลิซ พลัส จำกัด**

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

เล่มที่ 007 เลขที่ 10  
 (สำนักงานใหญ่)

สาขา.....

วันที่...../...../25.....

ชื่อผู้ซื้อ กอ.ท.น.ท่าพลาบ้านโคกเคียน

อัตรภาษี  อัตราร้อยละ 7  อัตราศูนย์

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0365557000469

ที่อยู่ หมู่ 9 ต.บ้านโสก อ.คอนสวรรค์ จ.ชัยภูมิ

จำนวน	รายการ	ราคาต่อหน่วย		จำนวนเงิน (ไม่รวมภาษี)	
		บาท	สต.	บาท	สต.
3	ผ้าก๊วยเตี๋ย	230	-	690	-
40	ผ้าเช็ดตัวสีเหลือง	75	-	3000	-
4	ผ้าเช็ดตัวสีฟ้า	45	-	180	-

(สามพันแปดร้อยเจ็ดสิบเก้าบาทถ้วน)	รวมราคาสินค้า	3599	1
จำนวนเงินเป็น (ตัวอักษร)	จำนวนภาษีมูลค่าเพิ่ม 7 %	270	9
	จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น	3870	-

ลงชื่อ..... ผู้รับสินค้า  
 (.....)

ลงชื่อ..... ผู้รับเงิน  
 (.....)





บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card

เลขประจำตัวประชาชน 3 3603 00475 60 0  
Identification Number



ชื่อและชื่อสกุล นาย สมาน บุญโนนแต่

Name Mr. Saman

Last name Bunnontae

เกิดวันที่ 10 ก.พ. 2508

Date of Birth 10 Feb. 1965

ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 3 หมู่ที่ 8 ต.ห้วยไร่ อ.คอนสวรรค์

จ.ชัยภูมิ

20 ธ.ค. 2564

วันออกบัตร

20 Dec. 2021

Date of Issue

นายสมาน บุญโนนแต่  
(นายสมาน บุญโนนแต่)  
เจ้าพนักงานออกบัตร

9 ก.พ. 2573

วันบัตรหมดอายุ

9 Feb. 2030

Date of Expiry

170 170

160 160

150 150

140 140

3603-05-12201122





