

**แบบอนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**กองทุนหลักประกันสุขภาพ..........................................................................รหัส กปท. ..................**

**อำเภอ........................................จังหวัด.....................................................**

**ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ครั้งที่ / 25 เมื่อวันที่.............................................สรุปผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

**1.ความสอดคล้องกับแผนสุขภาพชุมชน**

🖵 สอดคล้อง 🖵 ไม่สอดคล้อง

ความเห็นเพิ่มเติม..................................................................................................................................

**2.ความซ้ำซ้อนของงบประมาณกองทุน ฯ กับงบประมาณจากแหล่งอื่น**

🖵 ซ้ำซ้อน 🖵 ไม่ซ้ำซ้อน

ความเห็นเพิ่มเติม..................................................................................................................................

**3.ความเสี่ยงจากผลประโยชน์ทับซ้อน**

🖵 เสี่ยง 🖵 ไม่เสี่ยง

ความเห็นเพิ่มเติม..................................................................................................................................

**4.เป็นหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่มีสิทธิขอรับงบประมาณ (ตามประกาศ ฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)**

**(เลือกเพียง 1 ข้อ)**

🖵 1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ 10 (1)]

🖵 2. หน่วยงานสาธารณสุข เช่น อปท. [ข้อ 10 (1)]

🖵 3. หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ. [ข้อ 10 (1)]

🖵 4. หน่วยงานอื่น ๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน [ข้อ 10 (2)]

🖵 5. องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [ข้อ 10 (2)]

🖵 6. ศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ [ข้อ 10 (3)]

🖵 7. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) [ข้อ 10 (4)]

**เพิ่มด้านที่ 6**

**5.ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศ ฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)**

**(เลือกเพียง 1 ข้อ)**

🖵 1. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ

หรือหน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 10 (1)]

🖵 2. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

และการป้องกันโรคขององค์กร หรือกลุ่มประชาชน [ข้อ 10 (2)]

🖵 3. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของศูนย์ฯ

หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ (เด็กเล็ก/ ผู้สูงอายุ/คนพิการ) [ข้อ 10 (3)]

🖵 4. สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]

🖵 5. สนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 10 (5)]

เพิ่ม 6

**6.งบประมาณที่เสนอ** **จำนวน บาท**

🖵 อนุมัติงบประมาณ เนื่องจากแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

🖵 ประชาชนได้รับผลประโยชน์ 🖵 ตรงตามวัตถุประสงค์ของกองทุน ฯ

🖵 ผู้รับผิดชอบงานมีศักยภาพ 🖵 ค่าใช้จ่ายมีความคุ้มค่า

จึงเห็นควรสนับสนุน เป็นเงิน จำนวน บาท

ความเห็นเพิ่มเติม..................................................................................................................................

🖵 ไม่อนุมัติงบประมาณ

เพราะ...................................................................................................................................................

🖵 ให้รายงานผลการดำเนินงานแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

ภายในวันที่................................................(ตามแบบฟอร์ม ฯ กปท.10)

🖵 ให้ อปท. แจ้งผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ทราบผล เพื่อดำเนินการ ต่อไป

ลงชื่อ ....................................................................

( )

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการประชุม

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....................................................

ลงชื่อ ( )

ตำแหน่ง ประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ……………. วันที่-เดือน-พ.ศ. ..................................................