

กต.สาธาณสุข
D.ร.



เทศบาลตำบลลำปาง
เลขรับ 1044
วันที่ 26 มิ.ย 67
เวลา 10.20 น.

ที่ กพ.รย ๒๑๐๐๒ / ว ร ๖๖

สำนักงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ
ที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง
๑๔๐ ม.๒ ถนนสุขุมวิท ตำบลเนินพระ
อำเภอเมืองระยอง จังหวัดระยอง ๒๑๐๐๐

๕ มีนาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การขอรับงบประมาณกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง ปี ๒๕๖๑

เรียน นายเทศมนตรี / นายกองค้การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. หลักเกณฑ์การขอรับงบประมาณกองทุนฯ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบฟอร์มโครงการเสนอขอรับงบประมาณกองทุนฯ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๖ ระยอง จัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง เพื่อส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาระบบสุขภาพ อันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ คนพิการ ผู้สูงอายุผู้ที่อยู่ในระยะการฟื้นฟูสมรรถภาพ และผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ดังนั้น เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย และให้เข้าถึงงบประมาณของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยองได้อย่างทั่วถึงกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง จึงขอความอนุเคราะห์ท่านประชาสัมพันธ์ ชมรม/สมาคม ที่มีความประสงค์จะขอรับงบประมาณของกองทุนฯ ทั้งนี้ ให้ส่งโครงการขอรับงบประมาณได้ตั้งแต่วันที่ ๑ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายปิยะ ปิตุเตชะ)

ประธานกรรมการบริหาร

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง

สำนักงานกองทุนฟื้นฟูฯ

โทร. ๐ ๓๘๖๑ ๗๔๓๐ ต่อ ๖๐๒ มือถือ ๐๙ ๕๘๑๘ ๐๗๒๐

โทรสาร ๐ ๓๘๖๑ ๘๘๗๒

๖. สถานที่ดำเนินการ

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

๗. ระยะเวลาดำเนินการ

.....
.....

๘. งบประมาณ

.....
.....

๙. หน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการ

.....
.....

๑๐. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

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

ลงชื่อ ผู้เขียนโครงการ

()

เจ้าหน้าที่ขององค์กร/สมาคม/ชมรม/หน่วยบริการ รพ.สต.

ลงชื่อ ผู้เสนอโครงการ

()

ผู้บริหารขององค์กร/สมาคม/ชมรม/หน่วยบริการ รพ.สต.

ลงชื่อ ผู้รับรองโครงการ

()

นายกเทศบาล/อบต.

ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบโครงการ

()

เลขานุการด้านการบริหารจัดการ

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง

ลงชื่อ ผู้เห็นชอบโครงการ

()

เลขานุการบริหาร

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง

ลงชื่อ ผู้อนุมัติโครงการ

(นายปิยะ ปิตุเตชะ)

ประธานกรรมการบริหาร

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง

*หมายเหตุ : ทั้งนี้ ให้ส่งโครงการขอรับงบประมาณกองทุนฯ ได้ตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๑ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑
ในวัน เวลาราชการ

**หลักเกณฑ์การเสนอโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อ
สุขภาพจังหวัดระยอง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑**

๑. วัตถุประสงค์ในการขอรับงบประมาณ

๑. เพื่อสนับสนุนการพัฒนากระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพของหน่วยบริการให้สามารถจัดบริการและเครื่องช่วยอุปกรณ์ความพิการให้ครอบคลุมและตอบสนองต่อความจำเป็นได้มากขึ้น
๒. เพื่อสนับสนุนการพัฒนารูปแบบการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุนและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในระดับชุมชนและในครอบครัวที่สามารถเชื่อมโยงกับหน่วยบริการอย่างทั่วถึง
๓. เพื่อสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งขององค์กรคนพิการ และองค์กรอื่นๆ ให้สามารถร่วมมือกับหน่วยบริการ และมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้ในระยะยาว

๒. หลักเกณฑ์การขอรับงบประมาณ

โครงการการขอรับการสนับสนุนงบประมาณของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ให้เสนอขอรับการสนับสนุนโครงการละไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท และต้องเป็นโครงการที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการขอรับงบประมาณ

๓. กลุ่มเป้าหมาย

- ๓.๑ คนพิการ
- ๓.๒ ผู้สูงอายุผู้ที่อยู่ในระยะการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ๓.๓ ผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

๔. เงื่อนไข มีดังนี้

๑. ต้องเป็นกลุ่มองค์กร/สมาคม/ชมรม ที่มีผลการดำเนินงานมาแล้ว
๒. กลุ่มองค์กร/สมาคม/ชมรม ต้องมีสมาชิกจำนวนที่แน่นอน
๓. หน่วยบริการ (รพ., รพ.สต.)

๕. ขั้นตอนการขอรับงบประมาณ มีดังนี้

๑. กลุ่มองค์กร/สมาคม/ชมรม/หน่วยบริการ ที่ประสงค์ขอรับงบประมาณ เขียนโครงการตามแบบฟอร์มของกองทุนฯ
๒. จากนั้นให้นำโครงการที่เขียนเสร็จแล้ว ไปให้ผู้บริหารรับรองโครงการ
(ก) กรณี กลุ่มองค์กร/สมาคม/ชมรม ให้ผู้บริหารของ เทศบาล หรือ อบต. รับรองโครงการตามแบบฟอร์มของกองทุนฯ เพื่อมิให้เกิดการขอรับงบประมาณซ้ำซ้อนในพื้นที่

(ข) กรณี หน่วยบริการ ให้ผู้บริหารตามลำดับชั้นบังคับบัญชาของหน่วยงานนั้นๆ รับรองโครงการตามแบบฟอร์มของกองทุนฯ

๓. หลังจากที่ได้รับรองเรียบร้อยแล้ว ให้ส่งโครงการมาที่สำนักงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง ได้ตั้งแต่วันจันทร์ – วันศุกร์ ในวันและเวลาราชการ โทร.๐๙๕-๘๑๘๐๗๒๐

๖. ระยะเวลาการเสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณ ตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๑ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑

หมายเหตุ ที่ตั้งสำนักงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง (ตึก อบจ. ระยอง ชั้น ๖)
๑๔๐ ม.๒ ถ.สุขุมวิท ต.เนินพระ อ.เมือง จ.ระยอง ๒๑๐๐๐



หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายการขอรับงบประมาณ
กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง

อัตราการเบิกจ่ายค่าอาหารว่าง และเครื่องดื่มในการฝึกอบรม

การเบิกจ่ายค่าอาหารว่าง และเครื่องดื่ม ในสถานที่ของส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือ หน่วยงานอื่นของรัฐ	การเบิกจ่ายค่าอาหารว่าง และเครื่องดื่ม ในสถานที่ของเอกชน
ไม่เกิน ๓๐ บาท/คน	ไม่เกิน ๕๐ บาท/คน

อัตราการเบิกจ่ายค่าอาหารให้แก่ผู้เข้ารับการฝึกอบรม

การเบิกจ่ายค่าอาหารในสถานที่ของ ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่น ของรัฐ	การเบิกจ่ายค่าอาหารในสถานที่ของเอกชน
ไม่เกิน ๘๐ บาท/คน	ไม่เกิน ๒๕๐ บาท/คน

อัตราการเบิกจ่ายค่าเช่าสถานที่ให้แก่ผู้เข้ารับการฝึกอบรม

การเบิกจ่ายค่าเช่าสถานที่พร้อมตกแต่ง สถานที่ฝึกอบรมในสถานที่ของส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ	การเบิกจ่ายค่าเช่าสถานที่พร้อมตกแต่ง สถานที่ฝึกอบรมในสถานที่ของเอกชน
ไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาท/วัน	ไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท/วัน

อัตราการเบิกจ่ายค่าค่าสมนาคุณวิทยากร

การเบิกจ่ายค่าสมนาคุณวิทยากรในสถานที่ ของส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่น ของรัฐบาล	การเบิกจ่ายค่าสมนาคุณวิทยากรในสถานที่ ของเอกชน
ค่าวิทยากรบรรยาย ชั่วโมงละ ๖๐๐ บาท	ค่าวิทยากรบรรยาย ชั่วโมงละ ๑,๒๐๐ บาท
ค่าวิทยากรประจำกลุ่มบรรยายพร้อม ฝึกปฏิบัติ ชั่วโมงละ ๖๐๐ บาท	ค่าวิทยากรประจำกลุ่มบรรยายพร้อมฝึกปฏิบัติ ชั่วโมงละ ๑,๒๐๐ บาท