

บันทึกข้อตกลงการรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดสิงห์บุรี

เขียนที่ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดสิงห์บุรี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

บันทึกนี้ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการที่ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระหว่าง กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จังหวัดสิงห์บุรี กับ.....(อปท.)..... โดย

๑. ชื่อ.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

๒. ชื่อ.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

๓. ชื่อ.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ในฐานะกรรมการ....(อปท.)..... ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้ เรียกว่า “ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ” ฝ่ายหนึ่ง กับ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดสิงห์บุรี โดย นายศุภวัฒน์ เทียนถาวร ในฐานะ นายองค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้ เรียกว่า “ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ” อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำบันทึกตกลงกันดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ ๑ ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ตกลงจะดำเนินการโครงการปรับปรุงฟื้นฟูสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งต่อไปในบันทึกเรียกว่า “โครงการ” ตามที่กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดสิงห์บุรี ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวนบาท ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย แผนการดำเนินงานของโครงการตามเอกสารแนบท้ายบันทึกนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๒

ข้อ ๒ หากผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ไม่ดำเนินการตามโครงการหรือดำเนินการไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์โครงการ หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติที่กำหนด ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ยินยอมคืนเงิน ที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วหรือค่าใช้จ่ายอื่นใด อันเกิดจากการดำเนินการไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการให้แก่ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ไม่ต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือ แต่อย่างไรก็ตามผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายใดๆที่เกิดขึ้น เว้นแต่ การไม่ดำเนินการหรือดำเนินการไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการนั้น เกิดจากเหตุสุดวิสัย พันวิสัย หรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งมีได้เกิดจากการกระทำของผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

ในกรณีที่ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพไม่คืนเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้ว รวมทั้งค่าใช้จ่ายอื่นใด ให้แก่ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพยินยอมเสียดอกเบี้ยตามอัตราที่กฎหมายกำหนดนับแต่วันที่ได้รับเงินจากผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งยินยอมให้ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดสิงห์บุรีดำเนินคดีได้ตามกฎหมาย

ข้อ ๓ ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจะต้องจัดให้มีระเบียบ ข้อบังคับ หลักเกณฑ์หรือวิธีปฏิบัติในการจะนำเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้รับจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดสิงห์บุรี ไปใช้จ่ายอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ข้อ ๔ ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีเงินร่วมสมทบ เมื่อได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพแล้วในการดำเนินโครงการจะต้องใช้จ่ายงบประมาณของตนเองก่อนเป็นลำดับแรก

ข้อ ๕ ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพยินยอมและยินดีอำนวยความสะดวกให้แก่คณะทำงานที่ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพแต่งตั้งเข้าร่วมติดตามและประเมินผลโครงการที่ได้รับเงินจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อ ๖ เมื่อดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของโครงการเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพต้องรายงานผลการดำเนินการพร้อมรายงานการใช้จ่ายเงินและสำเนาใบเสร็จรับเงินหรือเอกสารหลักฐานอื่นให้ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทราบ ภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันที่โครงการแล้วเสร็จ และหากมีเงินเหลือจ่ายให้ส่งคืน กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดสิงห์บุรี พร้อมรายงานผลการดำเนินการดังกล่าว

หากผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพไม่รายงานผลการดำเนินการ ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพขอสงวนสิทธิ์ที่จะไม่พิจารณาสนับสนุนงบประมาณให้โอกาสต่อไป และหากผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพไม่คืนเงินเหลือจ่าย ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพยินยอมให้ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพดำเนินคดีได้ตามกฎหมาย พร้อมยินยอมเสียดอกเบี้ยตามที่กฎหมายกำหนด

บันทึกข้อตกลงนี้ทำขึ้นเป็นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน โดยมอบให้ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพหนึ่งฉบับ และผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ หนึ่งฉบับ

ทั้งสองฝ่ายได้อ่านและมีความเข้าใจข้อความตามบันทึกข้อตกลงนี้โดยตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ (ลงชื่อ).....ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ
(.....)
(.....)

ตำแหน่ง..... ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ).....พยาน ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ (ลงชื่อ).....พยาน ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ
(.....)
(.....)

ตำแหน่ง..... ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ).....พยาน ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ (ลงชื่อ).....พยาน ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ
(.....)
(.....)

ตำแหน่ง..... ตำแหน่ง.....