



ที่ กพ.นม. ว ๑๖ /๒๕๖๐

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ
จังหวัดนครราชสีมา
เลขที่ ๒๒ ชั้น ๓ ถนนโพธิ์กลาง นม ๓๐๐๐๐

๒๐ เมษายน ๒๕๖๐

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การจัดทำโครงการเพื่อรองรับงบประมาณกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ
ระดับจังหวัดนครราชสีมา (รอบที่ ๒)

เรียน หน่วยงานภาครัฐ/องค์กร/ชมรม/มูลนิธิที่ดำเนินงานด้านคนพิการ ผู้สูงอายุ

อ้างถึง หนังสือที่ กพ.นม.ว ๒๑/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๕๙ เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประสาน
หน่วยงาน องค์กร การจัดทำโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ
ที่จำเป็นต่อสุขภาพ ระดับจังหวัดนครราชสีมา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบฟอร์มการเขียนโครงการ	จำนวน	๑	ชุด
๒. แนวทางการเขียนโครงการ	จำนวน	๑	ชุด
๓. ชื่อ ที่อยู่ สำหรับจัดส่งเอกสาร	จำนวน	๑	ชุด

ตามที่กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ได้พิจารณาให้การสนับสนุนงบประมาณโครงการ ประจำปี
๒๕๖๐ (รอบที่ ๑) จำนวน ๑๔ โครงการไปแล้วนั้น กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัด
นครราชสีมาจะเปิดรับโครงการในรอบที่ ๒ ดังนั้นเพื่อให้การเสนอโครงการขอรับงบประมาณสนับสนุน
จากกองทุนฟื้นฟูฯ จะต้องเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนใน ๓ ด้าน ดังนี้

๑. ด้านที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของหน่วยบริการ

ข้อ ๒ ส่งเสริมพัฒนาระบบบริการ และรูปแบบการดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในระยะที่
จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ (เฉพาะหน่วยบริการ)

๒. ด้านที่ ๓ การพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ มี ๒ ข้อ

ข้อ ๑ สนับสนุนการพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ใน
ระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อ ๒ ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเครือข่ายด้านการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพ

๓. ด้านที่ ๔ การพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งขององค์กรคนพิการฯ

เพื่อสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งขององค์กรคนพิการฯ องค์กรผู้สูงอายุ และองค์กรภาคีอื่น ๆ
โดยบูรณาการร่วมกับหน่วยบริการ

เพื่อให้การดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพฯ สามารถดำเนินงานตามโครงการ และเข้าถึง
กลุ่มเป้าหมาย ประกอบกับมีหลายหน่วยงาน องค์กร ไม่สามารถส่งโครงการได้ทันในรอบที่ ๑
จึงขอประชาสัมพันธ์ให้หน่วยงานภาครัฐ/องค์กร/ชมรม/มูลนิธิ ที่ดำเนินงานเกี่ยวกับงานด้านคนพิการ
ผู้สูงอายุเสนอโครงการเพื่อขอรับงบประมาณสนับสนุนโดยจะต้องเขียนโครงการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของ

/กองทุนตาม...

กองทุนตามด้านต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น หากเขียนโครงการไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนแต่ละด้านท่าน จะไม่ได้รับการพิจารณาโครงการและให้ส่งโครงการ ภายในวันที่ ๒๕ เดือน พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ และขอขอบคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(นางบุญสิตา ชันระวีนะทุ)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

กรรมการ/เลขานุการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดนครราชสีมา

กองส่งเสริม อบจ.

กองทุนฟื้นฟูฯ

โทรศัพท์ ๐-๔๔๒๔-๖๘๙๐, ๐-๔๔๒๔-๖๑๘๘

ตัวอย่างการเขียนโครงการ

โครงการ : (ชื่อโครงการ)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ :

งบประมาณ : จำนวน.....บาท

จาก กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดนครราชสีมา
ประกอบด้วย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๙ นครราชสีมา
และองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

๑. หลักการและเหตุผล

.....

๒. วัตถุประสงค์

๒.๑
 ๒.๒
 ๒.๓

๓. กลุ่มเป้าหมาย

จำนวนรวมคน โดยแบ่งเป็น.....ดังนี้
 ๒.๑
 ๒.๒
 ๒.๓

๔. ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ

ผลผลิต
 ผลลัพธ์

๕.สถานะโครงการ

() โครงการต่อเนื่อง
 () โครงการใหม่

๖.สถานที่ดำเนินการ

-
 -

ระยะเวลาดำเนินการ

(วัน เดือน ปี)

๘. วิธีดำเนินการ/แผนงานดำเนินการ

- ๘.๑
- ๘.๒
- ๘.๓

๙. งบประมาณดำเนินงาน

งบประมาณจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัดนครราชสีมา ประจำปี
 งบประมาณด้านส่งเสริมและพัฒนาาระบบบริการ ขอใช้เป็นเงิน.....บาท
 (.....)

ที่	รายการ	งบประมาณ (บาท)	คำอธิบาย
	งบดำเนินการ		
๙.๑	- ค่าอาหารกลางวัน	XXX บาท	ค่าอาหารกลางวัน จำนวน..... คนๆละ.....บาท จำนวน.....มือ
๙.๒	- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม	XXX บาท	ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน.....คนๆละ.....บาท จำนวน.....มือ
๙.๓	- ค่าตกแต่งสถานที่ (ถ้ามี)	XXX บาท	
๙.๔	- ค่าตอบแทนล่ามภาษามือ	XXX บาท	
๙.๕	- ค่าตอบแทนวิทยากรอภิปราย	XXX บาท	
	รวมทั้งสิ้นเป็นเงิน (.....)	XXXX บาท	

หมายเหตุ มีเอกสารรายละเอียดแนบท้าย มีเอกสารรายละเอียดแนบท้าย

ส่วนที่ ๒ วิธีดำเนินการ และแผนการดำเนินงาน

๑. วิธีดำเนินการ

ดำเนินการเอง จ้างเหมา

๒. แผนการดำเนินงาน

กิจกรรม	หน่วยนับ	แผนการดำเนินงาน				
		รวมทั้งสิ้น	ไตรมาส ๑ (ต.ค.-ธ.ค.)	ไตรมาส ๒ (ม.ค.-มี.ค.)	ไตรมาส ๓ (เม.ย.-มิ.ย.)	ไตรมาส ๔ (ก.ค.-ก.ย.)
๑.ติดต่อประสานงานหน่วยงาน			↔			
๒.จัดทำโครงการฯ และขออนุมัติ				↔		
๓.ประชุมดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ				↔		
๔.ดำเนินการโครงการการประชุมฯ					↔	
๕.สรุปผลการดำเนินโครงการ						↔

๓. แผนการใช้จ่ายงบประมาณ

กิจกรรม	หน่วยนับ	แผนการดำเนินงาน				
		รวมทั้งสิ้น	ไตรมาส ๑ (ต.ค.-ธ.ค.)	ไตรมาส ๒ (ม.ค.-มี.ค.)	ไตรมาส ๓ (เม.ย.-มิ.ย.)	ไตรมาส ๔ (ก.ค.-ก.ย.)
โครงการ.....ครั้งคน		↔		

ส่วนที่ ๓ ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑.

๒.

๑๐. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

.....
.....

๑๑. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

๑๑.๑ ชื่อ - สกุล ผู้รับผิดชอบโครงการ.....

หน่วยงาน.....ที่อยู่หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....

โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ.....

๑๒. การติดตามประเมินผล

.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้เสนอโครงการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงานของผู้เสนอโครงการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

๑๓. ผู้ตรวจสอบโครงการ

ลงชื่อ.....

(.....)

เลขานุการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดนครราชสีมา

๑๔. ผู้เห็นชอบโครงการ

ลงชื่อ.....

(.....)

อนุกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัด
ด้านการพิจารณาโครงการ

๑๕. ผู้อนุมัติโครงการ

ร้อยตรีหญิง.....

(ระนองรักษ์ สุวรรณฉวี)

ประธานกรรมการบริหารกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดนครราชสีมา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒

แนวทางการดำเนินโครงการ

เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดนครราชสีมาต้องเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนฟื้นฟูฯ ดังนี้

๑. เพื่อสนับสนุนการพัฒนากระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพของหน่วยบริการทุกระดับในจังหวัด ให้สามารถจัดบริการและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้ครอบคลุมและตอบสนองต่อความจำเป็นของคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในท้องถิ่นชุมชนได้มากขึ้น

๒. เพื่อสนับสนุนการพัฒนารูปแบบการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุนและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับชุมชนและในครอบครัว ที่สามารถเชื่อมโยงกับระบบบริการของหน่วยบริการอย่างทั่วถึงในเขตจังหวัด

๓. เพื่อสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งขององค์กรคนพิการ องค์กร ผู้สูงอายุ และองค์กรอื่นๆ ให้สามารถร่วมมือกับหน่วยบริการและมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพช่วยเหลือคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเองในระยะยาว

๔. เป็นโครงการในระดับอำเภอ หรือระดับจังหวัด หรือโครงการที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน/องค์กร ชมรม สมาคมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านคนพิการ

หากเสนอโครงการที่ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนฟื้นฟูฯ จะไม่ได้รับการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณ ดังนี้

๑. ต้องไม่ดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวกับการส่งเสริมอาชีพ

๒. ต้องไม่ดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวกับการทัศนศึกษาดูงาน

๓. ต้องไม่ดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวกับการก่อสร้างอาคาร

๔. ต้องไม่ดำเนินกิจกรรมที่ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์กองทุนฟื้นฟูฯ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๓

ชื่อ - ที่อยู่ สำหรับจัดส่งเอกสาร

เรียน ประธานกรรมการบริหารกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดนครราชสีมา
กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดนครราชสีมา
อาคารบริการองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา
เลขที่ ๒๒ ถนนโพธิ์กลาง ชั้น ๓
ตำบลในเมือง
อำเภอเมืองนครราชสีมา
จังหวัดนครราชสีมา
รหัสไปรษณีย์ ๓๐๐๐๐

หมายเหตุ : โทรศัพท์ / โทรสาร ๐-๔๔๒๔-๖๘๙๐ / ๐-๔๔๒๔-๖๑๘๘