



แบบขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำพูน

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำพูน

เรียน ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำพูน

ด้วยข้าพเจ้า(นาย/นาง/น.ส.).....

ที่อยู่ บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัดลำพูน โทรศัพท์ติดต่อ..... หรือ.....

ซึ่งเป็นผู้แทนของ (โปรดทำเครื่องหมายถูกในช่องด้านล่าง)

- องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน
- องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดลำพูน โปรดระบุ.....
- สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข โปรดระบุ.....
- กลุ่มคนพิการ โปรดระบุ.....
- กลุ่มผู้สูงอายุ โปรดระบุ.....
- กลุ่มบุคคล ชมรม สมาคม องค์กร หรือมูลนิธิ โปรดระบุ.....

มีความประสงค์ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำพูนเพื่อ

(๑) ค่าใช้จ่ายที่สนับสนุนในลักษณะการจัดบริการ การจัดหา รวมถึงการซ่อม ดัดแปลง เปลี่ยนชิ้นส่วน หรือการจัดทำเป็นกรณีเฉพาะของอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ดังนี้

- (ก) การจัดบริการให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- (ก) การจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้แก่คนพิการ
- (ข) การซ่อม ดัดแปลง เปลี่ยนชิ้นส่วน หรือการจัดทำเป็นกรณีเฉพาะของอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

ให้แก่คนพิการ

(๒) ค่าใช้จ่ายที่สนับสนุนในลักษณะโครงการ หรือกิจกรรม

(ก) เพื่อสนับสนุนการดำเนินการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น รวมถึงการจัดหา ซ่อมแซม และเคลื่อนย้ายอุปกรณ์ เพื่อตอบสนองต่อความจำเป็น

- (ข) การจัดบริการ การพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือ และฟื้นฟูสมรรถภาพ
- (ค) การจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(ตำแหน่ง)(.....)

เอกสารที่แนบ

- กรณี องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน แนบสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรประจำตัวพนักงาน
- กรณี องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดลำพูน แนบสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรประจำตัวพนักงาน
- กรณี สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข แนบบัตรประจำตัวพนักงาน
- กรณี กลุ่มคนพิการ แนบเอกสารแสดงถึงการจัดตั้งกลุ่ม
- กรณี กลุ่มผู้สูงอายุ แนบเอกสารแสดงถึงการจัดตั้งกลุ่ม
- กรณี กลุ่มบุคคล ชมรม สมาคม องค์กร หรือมูลนิธิ แนบเอกสารแสดงถึงการจัดตั้งกลุ่ม



ข้อ ๑ (ก), (ข)
ข้อ ๒ (ก)

(สำหรับผู้ประเมินหลัก)

แบบขอรับการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการหรือฟื้นฟูสุขภาพ
กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำพูน

๑. ประเภทของผู้ขอรับความช่วยเหลือ

- คนพิการ เลขบัตรประจำตัวคนพิการ.....
- ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ
- ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน ที่ต้องได้รับการฟื้นฟู
- ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

สาเหตุของความพิการ/เจ็บป่วย

.....
โรคประจำตัว ไม่มี มี ระบุโรคหลักที่ต้องฟื้นฟู.....

๒. ข้อมูลของผู้ขอรับการสนับสนุน

ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/น.ส.).....อายุ.....ปี

เบอร์โทรศัพท์สามารถติดต่อได้.....

เลขที่บัตรประชาชน ----

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านตนเอง บ้านญาติ บ้านเช่า บ้านพักนายจ้าง

อื่นๆ (ระบุ).....

เลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด

.....รหัสไปรษณีย์.....

๓. ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อยู่อาศัยร่วมกันจริงในปัจจุบัน)

ที่	ชื่อ - สกุล	อายุ	ความเกี่ยวข้องกับ ผู้ขอรับความช่วยเหลือ	โรคประจำตัว	เบอร์โทรติดต่อ

๔. อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ หรือการฟื้นฟูสุขภาพ(ตามความเห็นร่วมของผู้ประเมิน)

กรณีขอใหม่

กรณี ซ่อม ดัดแปลง เปลี่ยนชิ้นส่วน หรือการจัดทำเป็นกรณีเฉพาะของอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

กรณียืม

พร้อมนี้ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบคำขอที่สำคัญ จำนวน.....ฉบับ ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือ สมุดประจำตัวคนพิการ(ถ้ามี)

สำเนาทะเบียนบ้าน

เอกสารรับรองการเข้าพักอาศัยอยู่จริง (กรณีไม่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตจังหวัดลำพูน)

ภาพถ่ายกลุ่มเป้าหมายที่แสดงถึงข้อจำกัดในการดำรงชีวิต

เอกสารแสดงสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเภทคนพิการ (ท.๗๔) หรือคะแนนประเมิน ADL

อื่นๆ (ระบุ) เช่น ภาพถ่ายหรือคำอธิบายตัวอย่างอุปกรณ์ที่ต้องการใหม่ หรือ รายการวัสดุที่ต้องซ่อมแซมเปลี่ยนแปลง (ตามความเหมาะสม).....

๕. ลงนามผู้สัมภาษณ์/ผู้ประเมิน

๕.๑) ผู้แทนหน่วยบริการในพื้นที่(นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....โทรศัพท์.....

(ลายมือชื่อ).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๕.๒) ผู้แทนคณะกรรมการด้านการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

ของโรงพยาบาล (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....โทรศัพท์.....

(ลายมือชื่อ).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แบบตรวจสอบโครงการที่ขอรับการสนับสนุน
(สำหรับเจ้าหน้าที่กองทุน ฯ)

๑) ชื่อโครงการ

๒) ประเภทกลุ่มเป้าหมายที่ขอรับการสนับสนุน (ตอบได้หลายข้อตามลักษณะกลุ่มเป้าหมายในโครงการ)

๒.๑) ผู้พิการรหัส ท ๗๔ หรือ R๗๔

[.....] ทางการมองเห็น

[.....] ทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย

[.....] ทางกายหรือการเคลื่อนไหว

[.....] ทางจิตใจหรือพฤติกรรม

[.....] ทางสติปัญญา

[.....] ทางอทิสติก

[.....] ทางการเรียนรู้

๒.๒) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ (ผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป) รหัส ท ๗๗

๒.๓) ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน

๒.๔) ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

๓) ตอบสนองยุทธศาสตร์กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำพูน (พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๔)

๑. ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

๒. สนับสนุนงบประมาณ และทรัพยากรเพิ่มเติมให้แก่หน่วยบริการ

๓. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ

๔. การสื่อสารบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย

๕. ส่งเสริมสนับสนุนองค์กรคนพิการ

๖. ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาการบริหารจัดการกองทุน

๗. สร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วม

๔) ชื่อผู้รับผิดชอบโครงการ

ชื่อ - นามสกุล

ที่อยู่

โทรศัพท์ / โทรศัพท์มือถือ อีเมล (ถ้ามี)

๕) ชื่อผู้ประสานงานโครงการ (เฉพาะกรณีไม่ใช่ผู้รับผิดชอบโครงการ)

ชื่อ - นามสกุล

ที่อยู่

โทรศัพท์ / โทรศัพท์มือถือ อีเมล (ถ้ามี)

(สำหรับผู้ขอรับงบกองทุน ฯ)

โครงการ
เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดลำพูน
ปี ๒๕๖๓

๑. หลักการและเหตุผล

.....
.....

๒. วัตถุประสงค์

.....

๓). กลุ่มเป้าหมาย (ระบุรายละเอียดว่าเป็นกลุ่มใด ที่เข้าร่วมกิจกรรมและใช้งบประมาณ)

- ๑. กลุ่มคนพิการ รหัส ท ๗๔ หรือ R๗๔ จำนวน คน
- ๒. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ (ผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป) จำนวน คน
- ๓. ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน จำนวน คน
- ๔. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน คน
- ๕. กลุ่มผู้จัดบริการหรือให้การช่วยเหลือ เช่น บุคลากรภาครัฐที่ให้การสนับสนุน เจ้าหน้าที่

สาธารณสุขที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ กลุ่มองค์กรภาคประชาชนที่ระบุดตามหลักเกณฑ์ กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

(ทั้งนี้ กลุ่มเป้าหมายลำดับ ๑ - ๓ ต้องระบุข้อมูลรายบุคคล ตามแบบฟอร์มที่กองทุนฟื้นฟู ฯ กำหนดแนบมาพร้อมกับโครงการที่เสนอขอด้วย)

๔. สถานที่ดำเนินการ

.....

๕. ระยะเวลาดำเนินการ

.....
.....

๖. วิธีดำเนินการ (ระบุรายละเอียดกิจกรรมขั้นตอนและวิธีดำเนินการที่จะดำเนินการ กับใคร โดยใคร ให้ครบถ้วน)

.....
.....

๗. งบประมาณที่ขอรับการสนับสนุน

จาก

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	บาท (.....)	รายละเอียดดังนี้
๑)	เป็นเงิน บาท
๒)	เป็นเงิน บาท
รวมเป็นเงิน บาท(.....)

๘. การติดตามและประเมินผล

.....
.....

๙. ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ

.....
.....

๑๐. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

.....
.....

ลงชื่อ
(.....)

ตำแหน่ง (ถ้ามี)
ผู้รับผิดชอบโครงการ

ลงชื่อ
(.....)

ตำแหน่ง (ถ้ามี)
ผู้เสนอโครงการ

ลงชื่อ
(.....)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน
ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำพูน
ผู้อนุมัติโครงการ

หมายเหตุ หากผู้รับผิดชอบโครงการมีผู้บังคับบัญชาหลายลำดับชั้น อาจเพิ่มผู้เห็นชอบโครงการได้



(สำหรับผู้ประเมินหลัก)

แบบขอรับการสนับสนุนปรับสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย
กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำพูน

๑. ประเภทของผู้ขอรับการสนับสนุน

- คนพิการ เลขบัตรประจำตัวคนพิการ.....
- ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ
- ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน
- ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

สาเหตุของความพิการ/เจ็บป่วย

.....
โรคประจำตัว ไม่มี มี ระบุโรคหลักที่ต้องฟื้นฟู.....

๒. ข้อมูลของผู้ขอรับการสนับสนุน

ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/น.ส.).....อายุ.....ปี
เบอร์โทรศัพท์สามารถติดต่อได้.....

เลขที่บัตรประชาชน ----

สถานภาพ โสด สมรสอยู่ด้วยกัน สมรสแยกกันอยู่ หย่าร้าง
 ไม่สมรสแต่อยู่ด้วยกัน หม้ายคู่สมรสเสียชีวิต อื่นๆ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านตนเอง บ้านญาติ บ้านเช่า บ้านพักนายจ้าง
 อื่นๆ (ระบุ).....

เลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
.....รหัสไปรษณีย์.....

๓. ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อยู่อาศัยร่วมกันจริงในปัจจุบัน)

ที่	ชื่อ - สกุล	อายุ	ความเกี่ยวข้องกับ ผู้ขอรับความช่วยเหลือ	รายได้	โรคประจำตัว

รายได้เฉลี่ยของสมาชิกในครอบครัว.....บาท/ปี

๔. สภาพปัญหาอุปสรรค ความต้องการและความจำเป็นในการขอรับการสนับสนุน(ตามความเห็นร่วมของผู้ประเมิน)

สภาพปัญหาอุปสรรค

.....
.....

ความต้องการและความจำเป็นในการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

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

พร้อมนี้ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบคำขอที่สำคัญ จำนวน.....ฉบับ ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือ สมุดประจำตัวคนพิการ(ถ้ามี)

สำเนาทะเบียนบ้าน

แบบ ปร.๔ และ ปร.๕ และแบบแปลน

ภาพถ่ายที่พิก่ออาศัย / ส่วนที่ขอปรับปรุง

เอกสารสิทธิในการถือครองที่ดิน

หนังสือให้ความยินยอมใช้ที่ดิน (กรณีที่ไม่มีเอกสารสิทธิในการถือครองที่ดิน)

หนังสือให้ความยินยอมปรับปรุง/ซ่อมแซมบ้าน

รายงานการประชุมประชาคมหมู่บ้าน

หนังสือรับรองจากองค์การบริหารส่วนตำบล หรือเทศบาล หรือหนังสือรับรองจากผู้ใหญ่บ้าน หรือกำนัน (อย่างใดอย่างหนึ่ง)

เอกสารแสดงสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเภทคนพิการ (ท.๗๔) หรือคะแนนประเมิน ADL

อื่นๆ (ระบุ).....

๕. ลงนามผู้สัมภาษณ์/ผู้ประเมิน

๕.๑) ชื่อผู้แทน อบต./เทศบาล (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....

สถานที่ปฏิบัติงาน โทรศัพท์ติดต่อ

(ลายมือชื่อ).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๕.๒) ชื่อผู้แทน หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ (นาย/นาง/นางสาว).....
ตำแหน่ง.....
สถานที่ปฏิบัติงาน โทรศัพท์ติดต่อ

(ลายมือชื่อ).....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๕.๓) ชื่อผู้แทน อบจ. (นาย/นาง/นางสาว).....(ถ้ามี)
ตำแหน่ง.....
สถานที่ปฏิบัติงาน โทรศัพท์ติดต่อ

(ลายมือชื่อ).....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หนังสือให้ความยินยอมใช้ที่ดิน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ถนน.....ตรอก/ซอย.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดลำพูน

ถือประเภทเอกสารสิทธิ์.....เลขที่.....ซึ่งตั้งอยู่ ณ

ถนน.....ตรอก/ซอย.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด ลำพูน

ข้าพเจ้ายินยอมให้.....เข้าทำการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่

อยู่อาศัยในที่ดินบริเวณดังกล่าวเนื้อที่ไร่งานวา ให้กับ.....

(ลงชื่อ).....ผู้ถือกรรมสิทธิ์ที่ดิน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หนังสือให้ความยินยอมในการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้าน

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี เป็นเจ้าของบ้าน
บ้านเลขที่ ตรอก/ซอย ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... ซึ่งเกี่ยวพันเป็น () บุตร / () หลาน/ ()
อื่นๆ (ระบุ.....) ของผู้ขอรับการสนับสนุนฯ ชื่อ.....
ขอทำหนังสือฉบับนี้ไว้เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

1. ข้าพเจ้าและผู้เกี่ยวข้อง ได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านให้แก่ผู้ขอรับการสนับสนุนฯ ของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำพูนเป็นอย่างดี
2. ข้าพเจ้าและผู้เกี่ยวข้องยินยอมให้มีการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านหลังนี้ตามรายการและระยะเวลาที่กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำพูนกำหนดทุกประการ
3. เพื่อให้การดำเนินการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านหลังนี้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยด้วยดี ข้าพเจ้าและผู้เกี่ยวข้องหรือตัวแทนของข้าพเจ้าชื่อ..... จะอยู่ร่วมเมื่อร่วมแรงและช่วยอำนวยความสะดวกทุกด้านอย่างเต็มกำลังความสามารถแก่ผู้ร่วมซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านตลอดระยะเวลาของการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านหลังนี้โดยไม่เรียกร้องค่าตอบแทนใดๆทั้งสิ้น
4. ในกรณีที่มีเหตุสุดวิสัยหรือความเสียหายใดๆ เกิดขึ้นในระหว่างการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านหลังนี้ โดยที่ข้าพเจ้าหรือตัวแทนของข้าพเจ้าได้รับรู้ด้วยแล้วข้าพเจ้าและผู้เกี่ยวข้องจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายและสิทธิใดๆทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หมายเหตุ แบบเอกสารประกอบ ได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของบ้าน



ข้อตกลงการดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำพูน

ข้อตกลงเลขที่

ข้อตกลงฉบับนี้ทำขึ้น ณ องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูนตั้งอยู่เลขที่ถนนเลียงเมืองลำพูน-
ป่าซาง ตำบลป่าสัก อำเภอเมือง จังหวัดลำพูนเมื่อวันที่ เดือน.....พ.ศ. ระหว่าง กองทุน
ฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำพูนโดย นายนิรันดร์ ตานไพบุลย์ ตำแหน่ง นายองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน
ปฏิบัติงานในฐานะ ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดลำพูน ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้
เรียกว่า “กองทุน” ฝ่ายหนึ่ง กับ ที่อยู่ เลขที่ ถนน ตำบล
.....อำเภอ จังหวัดลำพูน โดย.....

ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “ผู้ขอรับการสนับสนุน” อีกฝ่ายหนึ่งทั้งสองฝ่ายจึงได้ตกลงกันไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ กองทุน ตกลงมอบหมายให้ผู้ขอรับการสนับสนุนรับดำเนินกิจกรรมตามประเภทการขอรับ
การสนับสนุน...(ชื่อแผนงาน/โครงการ)รายละเอียดตามเอกสารในข้อ ๒ หมวด ๑

ผู้ขอรับการสนับสนุน ตกลงเริ่มดำเนินกิจการ ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....
พ.ศ..... และสิ้นสุดในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การขยายเวลาในการดำเนินกิจการตามวรรคสอง ผู้ขอรับการสนับสนุนจะต้องกระทำเป็นหนังสือยื่นต่อ
กองทุนก่อนข้อตกลงสิ้นสุดไม่น้อยกว่า ๑๕ วัน (สิบห้าวัน) การจะขยายเวลาหรือไม่ให้อยู่ในดุลพินิจของคณะ
กรรมการบริหารกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำพูน ที่จะพิจารณาตามที่เห็นสมควร เว้นแต่ในกรณีที่มีเหตุสุดวิสัย หรือ
เหตุใด ๆ หรือเหตุการณ์อันหนึ่งอันใดที่ไม่สามารถปฏิบัติงานให้แล้วเสร็จตามเงื่อนไขและกำหนดเวลาแห่งข้อตกลงนี้ได้ ผู้
ขอรับการสนับสนุนมีหน้าที่ต้องแจ้งเหตุหรือเหตุการณ์ดังกล่าวพร้อมหลักฐานเป็นหนังสือให้ กองทุนทราบ เพื่อขอ
ขยายเวลาดำเนินกิจการตามวรรคสองด้วยเช่นกัน แต่ต้องยื่นเป็นหนังสือไม่เกินวันสิ้นสุดของข้อตกลงดังกล่าว หาก
กองทุนให้ขยายเวลา ให้ถือว่าหนังสือขอขยายเวลาและหนังสือที่กองทุนแจ้งให้ขยายเวลาเป็นส่วนหนึ่งของข้อตกลงนี้

กรณีผู้ขอรับการสนับสนุนไม่ปฏิบัติให้เป็นไปตามความในวรรคสองหรือวรรคสาม ให้ถือว่าผู้ขอรับ
การสนับสนุนได้สละสิทธิเรียกร้องในการที่จะขอขยายเวลาการดำเนินงานออกไปโดยไม่มีเงื่อนไขใดๆที่จะมาได้แย้ง
ภายหลังทั้งสิ้น เว้นแต่กรณีเหตุเกิดจากความผิดหรือความบกพร่องของกองทุนซึ่งมีหลักฐานชัดเจนหรือกองทุนทราบดี
อยู่แล้วตั้งแต่ต้น ให้กองทุนขยายเวลาการดำเนินงานตามโครงการแล้วแจ้งให้ผู้ขอรับการสนับสนุนทราบด้วยในขณะที่ทำ
ข้อตกลงนี้ ผู้ขอรับการสนับสนุนตกลงรับดำเนินกิจการตามแผนงาน/โครงการตามวรรคหนึ่ง รวม..... แผนงาน/
โครงการ และผู้ขอรับการสนับสนุนตกลงปฏิบัติตามระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ หลักเกณฑ์ มติ คำสั่ง หรือแนวปฏิบัติ
ของคณะกรรมการบริหารกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำพูนหรือกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

(ลงชื่อ).....กองทุนหรือพยาน

(ลงชื่อ)ผู้ขอรับการสนับสนุนหรือพยาน

แบบข้อตกลงดำเนินงานตามโครงการ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำพูน

จังหวัดลำพูน กำหนดขึ้นก่อนหรือหลังหรือระหว่างที่ข้อตกลงนี้มีผลบังคับใช้และให้ถือว่า ระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ หลักเกณฑ์ มติ คำสั่ง แนวปฏิบัติ ดังกล่าวนั้นเป็นส่วนหนึ่งของข้อตกลงนี้

ข้อ ๒ เอกสารภาคผนวกแนบท้ายข้อตกลงต่อไปนี้ ให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของข้อตกลงนี้

- ๒.๑ ผนวก ๑ แผนงาน/โครงการ จำนวน หน้า
- ๒.๒ ผนวก ๒ หลักเกณฑ์/วิธีการ/เงื่อนไข การจ่ายเงินสนับสนุน จำนวน.....หน้า
- ๒.๓ ผนวก จำนวน.....หน้า
- ๒.๔ ผนวก จำนวน หน้า

ข้อความใดในเอกสารภาคผนวกแนบท้ายข้อตกลงที่ขัดหรือแย้งกับข้อความในข้อตกลงนี้ ให้ใช้ข้อความในข้อตกลงนี้บังคับ และในกรณีที่เอกสารแนบท้ายข้อตกลงขัดหรือแย้งกันเอง หรือมิได้กล่าวไว้ ผู้ขอรับการสนับสนุน จะต้องปฏิบัติตามคำวินิจฉัยของคณะกรรมการบริหารกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำพูน

ข้อ ๓ กองทุนตกลงให้เงินสนับสนุน และผู้ขอรับการสนับสนุนตกลงรับเงินสนับสนุนจำนวนทั้งสิ้น บาท (.....) ซึ่งได้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มตลอดจนภาษีอากรอื่น ๆ และค่าใช้จ่ายที่พึงจ่ายไว้ด้วยแล้วรายละเอียดตามเงื่อนไขการจ่ายเงินสนับสนุน ในข้อ ๒.๒ ผนวก ๒ แนบท้ายข้อตกลงนี้

การจ่ายเงินตามเงื่อนไขแห่งข้อตกลงนี้ กองทุน จะโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ขอรับการสนับสนุน ชื่อธนาคาร.....สาขา ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี ทั้งนี้ กองทุน ตกลงเป็นผู้รับภาระเงินค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการอื่นใดเกี่ยวกับการโอนที่ธนาคารเรียกเก็บ

ข้อ ๔ ในกรณีที่ผู้ขอรับการสนับสนุนละเลยหรือละเว้นไม่ปฏิบัติตามข้อตกลง ทำให้เกิดความล่าช้าหรือความเสียหายกองทุน มีสิทธิยกเลิกข้อตกลง ระงับการจ่ายเงินสนับสนุนได้ทันที และผู้ขอรับการสนับสนุนตกลงยินยอมให้กองทุนเรียกเงินที่จ่ายไปคืนบางส่วนหรือทั้งหมดได้

ข้อ ๕ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกิจกรรมหรือผลงานของโครงการ ผู้ขอรับการสนับสนุนต้องประกาศหรือระบุเป็นลายลักษณ์อักษรว่า “ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำพูน” ทั้งนี้เป็นไปตามเงื่อนไขการประชาสัมพันธ์หรือคู่มือการใช้ตราสัญลักษณ์ ที่กองทุนกำหนด

ข้อตกลงนี้ทำขึ้นเป็นสองฉบับมีข้อความตรงกัน ทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความในข้อตกลงนี้ตลอดแล้วจึงได้ลงลายมือชื่อพร้อมทั้งประทับตรา (ถ้ามี) ไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยานและต่างเก็บไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

ลงชื่อ.....กองทุน (.....)	ลงชื่อ.....ผู้ขอรับการสนับสนุน (.....)
ลงชื่อ.....พยาน (.....)	ลงชื่อ.....พยาน (.....)

(ลงชื่อ).....กองทุนหรือพยาน (ลงชื่อ).....ผู้ขอรับการสนับสนุนหรือพยาน
แบบข้อตกลงดำเนินงานตามโครงการ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำพูน



เงื่อนไขการจ่ายเงินสนับสนุน

(เอกสารนี้เป็นส่วนหนึ่งของข้อตกลง/หนังสือแสดงความจำนงตอบรับการดำเนินงาน)

เลขที่ (ระบุเลขที่นิติกรรม)..... ลงวันที่ (ระบุวันเดือนปีของนิติกรรม).....เดือน.....พ.ศ.....

.....

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำพูน ตกลงให้เงินสนับสนุนแก่ (ระบุชื่อคู่สัญญากรณีเป็นสัญญาเดียว กรณีสัญญาจ่ายเงินไม่ตรงคู่สัญญา(แบบลูกตก)ให้ใช้ข้อความ หน่วยงาน/หน่วยบริการที่ระบุในเงื่อนไขการจ่ายเงินสนับสนุนทั้งหมดซึ่งเป็นผู้ขอรับการสนับสนุนตาม (ระบุประเภทคำขอ.....จำนวนเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....) เบิกจ่ายจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำพูน ซึ่งได้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มตลอดจนภาษีอากรอื่นๆ และค่าใช้จ่ายที่พึงปวงไว้ด้วยแล้ว โดยกำหนดจ่ายเงินงวดเดียว ๑๐๐% (%รายงวด)ของเงินสนับสนุนทั้งหมด เป็นเงินบาท (.....)จ่ายให้หลังจากลงนามในนิติกรรมทั้งสองฝ่ายและแผนงาน/โครงการได้รับการอนุมัติจ่ายงวดเดียว ๑๐๐% (%รายงวด)เนื่องจาก.....

ทั้งนี้ผู้ขอรับการสนับสนุนต้องส่งสรุปผลการดำเนินงานเมื่อสิ้นสุดโครงการ ดังนี้(รายละเอียดที่ระบุในหลักเกณฑ์)

- ๑.....
- ๒.....

ลงชื่อ.....กองทุน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ดำเนินงาน
(.....)