**๑. ชื่อโครงการ** โครงการป้องกันกรณีเกิดโรคระบาดและภัยพิบัติที่มาจากสาเหตุน้ำท่วม ตำบล…………………………………………

**๒. หลักการและเหตุผล**

เนื่องจากปัจจุบัน เทศบาล/อบต. ….............ได้จัดทำโครงการกรณีเกิดโรคระบาดและภัยพิบัติขึ้นเพื่อช่วยเหลือประชาชนในพื้นที่ ในกรณีที่เกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ ได้สะดวก รวดเร็ว และทันเหตุการ จึงจัดโครงการนี้ขึ้น เพื่อเป็นการช่วยเหลือประชาชนเบื้องต้น และเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(ข้อที่ 10 (5) )

**๓. วัตถุประสงค์**

3.๑ เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่น้ำท่วมได้รับการป้องโรคและกันสุขภาพของประชาชนที่เกิดจากสาเหตุน้ำท่วมและลดการเกิดโรคระบาดหรือโรคติดต่อในชุมชน

**๔. เป้าหมาย**

ประชาชนในตำบล…………………………………..จำนวน..............ครัวเรือน จำนวน ……………… คน

**๕. วิธีดำเนินงานของโครงการ**

5.1 เสนอโครงการต่อกองทุนฯ

5.2 ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างวัสดุอุปกรณ์เพื่อช่วยเหลือประชาชน

5.3 ลงพื้นที่เพื่อช่วยเหลือประชาชน

5.4 สรุปและประเมินผลโครงการรายงานต่อคณะกรรมการกองทุนฯ

**๖. ระยะเวลาดำเนินการ**

ระหว่างเดือน ตุลาคม ถึง พฤศจิกายน ๒๕๖๔

**๗. งบประมาณ**

งบประมาณในการบริหารจัดการโครงการนี้ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่…………………………………………………. ตามแผนการดำเนินงาน/กิจกรรม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เป็นจำนวนเงิน **xxxxxxx** บาท (-**xxxxxxxxxxxxxxxxxxx**-)เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดโครงการ ฯ ดังนี้

กิจกรรมป้องกันกรณีเกิดโรคระบาดและภัยพิบัติที่มาจากสาเหตุน้ำท่วม

- ค่าถุงมือยาง จำนวน xx กล่อง ละ xxx บาท เป็นเงิน xxxxxx บาท

- ชุดปฐมพยาบาลเบื้องต้น จำนวน xx ชุด ๆ ละ xxx บาท เป็นเงิน xxxxxx บาท

- ยาสามัญประจำบ้าน เช่น ยาแก้น้ำกัดเท้า ยาทาแก้คัน ยาฆ่าเชื้อ ยากันยุง ยาแก้พิษแมลงสัตว์กัดต่อย เป็นเงิน xxxxxx บาท

- ค่าเหมาจ่ายพาหนะ จำนวน xx คนๆ ละ xx บาท เป็นเงิน xxxxxx บาท

- ค่าตอบแทนอาสาสมัคร จำนวน XX คน ๆ ละ ๒๔๐ (อ้างระเบียบ อปท.) บาท เป็นเงิน xxxxxx บาท

- ค่ารองเท้าบูทกันน้ำ จำนวน xxx คู่ ๆ ละ xxx บาท เป็นเงิน xxxxxx บาท

- วัสดุอุปกรณ์ทำความสะอาดหลังน้ำลด เป็นเงิน xxxxxx บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น xxxxxxxxxxxx บาท (-................................................................-)

หมายเหตุ ทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยได้ตามความเหมาะสม

**8. สถานที่ดำเนินการ**

พื้นที่ตำบล………………………………………………………

**๙. ผู้รับผิดชอบโครงการ**

อปท

**๑0. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

10.1 ประชาชนในพื้นที่น้ำท่วมหรือภัยพิบัติได้รับการส่งเสริมป้องกันโรค

10.2 ประชาชนในพื้นที่น้ำท่วมหรือภัยพิบัติที่ป่วยหรือบาดเจ็บได้รับการรักษา

**11. *หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม*** **(ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)**

**ชื่อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน**

🖵 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)]

**12. ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)**

🖵 1. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หรือหน่วยงาน สาธารณสุข [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)]

**๑3. ผู้เสนอโครงการ**

( ลงชื่อ )

( ………………………………………. )

………………………………………………

**๑4. ผู้ตรวจสอบโครงการ**

( ลงชื่อ )

( ………………………………………. )

………………………………………………

**๑๕. ผู้อนุมัติโครงการ**

(ลงชื่อ)

( ………………………………………. )

…………………………………………………