(แบบ ต. ๒)

**บันทึกข้อตกลง**

**การจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง**

**ระหว่าง กรุงเทพมหานคร กับ ...........................................................................**

บันทึกเลขที่ .................../....................

บันทึกข้อตกลงนี้ทำขึ้น ณ .........................................................................................................

เมื่อวันที่........... เดือน........................ พ.ศ. .............. ระหว่าง กรุงเทพมหานคร โดย ....................................... ......................................................................... ซึ่งต่อไปในบันทึกข้อตกลงนี้ เรียกว่า “ผู้สนับสนุน” ฝ่ายหนึ่ง กับ ................................................................. ในฐานะผู้เสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม ซึ่งต่อไป ในบันทึกข้อตกลงนี้ เรียกว่า “หน่วยจัดบริการ” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงกัน มีข้อความดังต่อไปนี้

**ข้อ ๑ ข้อตกลงในการสนับสนุนเงินค่าใช้จ่าย**

ผู้สนับสนุนตกลงสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร และหน่วยจัดบริการตกลงจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามรายละเอียด ที่กำหนดไว้ใน (ระบุชื่อแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม).................................................................................ที่แนบท้ายบันทึกข้อตกลงนี้ ให้เป็นไปตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งบันทึกข้อตกลงนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ ที่กำหนดไว้ในประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระเบียบและประกาศ ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มติคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

**ข้อ ๒ ค่าใช้จ่ายและการจ่ายเงิน**

ผู้สนับสนุนตกลงจ่ายและหน่วยจัดบริการตกลงรับเงินค่าใช้จ่ายในการจัดบริการ ดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม ที่คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร ได้อนุมัติ จำนวนเงิน............................................บาท (........................................) โดยกำหนดจ่ายเงินดังต่อไปนี้

จ่ายครั้งเดียว

จ่ายเป็นงวด จำนวน......................งวด ดังนี้

- งวดที่ ๑ เป็นเงินจำนวน............................บาท (........................................)

เมื่อ...........................................................................................................

- งวดที่ ๒ เป็นเงินจำนวน...........................บาท (........................................)

เมื่อ...........................................................................................................

- .......................................................ฯ ล ฯ..................................................

- งวดสุดท้าย เป็นเงินจำนวน........................บาท (.......................................)

เมื่อ...........................................................................................................

การจ่ายเงินตามเงื่อนไขแห่งบันทึกข้อตกลงนี้ ผู้สนับสนุนจะจ่ายเป็นเช็คขีดคร่อม เพื่อนำเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของหน่วยจัดบริการ ชื่อธนาคาร................................................................. สาขา............................................ ชื่อบัญชี............................................................................................................ เลขที่บัญชี..............................................................................................................................................................

**ข้อ ๓ ระยะเวลาดำเนินการ**

หน่วยจัดบริการตกลงเริ่มดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม ตั้งแต่วันที่.......... เดือน............................. พ.ศ. .................... และจะต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน วันที่.......... เดือน............................. พ.ศ. ....................

**ข้อ ๔ หน้าที่ของหน่วยจัดบริการ**

๔.๑ เมื่อได้รับเงินจากผู้สนับสนุนแล้ว หน่วยจัดบริการจะดำเนินการตามแผนงาน หรือโครงการหรือกิจกรรมตามข้อ ๑ ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และแผนการดำเนินงานของแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ และจะถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ ที่กำหนดไว้ในประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระเบียบและประกาศของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มติคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องโดยเคร่งครัดทุกประการ

๔.๒ หน่วยจัดบริการตกลงจัดทำรายงานผลการดำเนินการ รายงานการจ่ายเงิน หลักฐาน ในการดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม และหลักฐานการจ่ายเงิน และส่งให้สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ภายในสามสิบวันนับแต่เมื่อได้ดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการ หรือกิจกรรมแล้วเสร็จหรือเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาดำเนินการ ยกเว้นหน่วยจัดบริการที่เป็นหน่วยงานของรัฐไม่ต้องจัดส่งหลักฐานการจ่ายเงิน

๔.๓ กรณีมีเงินเหลือจากการดำเนินงาน รวมถึงดอกเบี้ยเงินฝากธนาคารในบัญชีเงินฝากธนาคารตามข้อ ๒ หากหน่วยจัดบริการได้ดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมและแผนการดูแลรายบุคคลตามข้อ ๑ แล้ว ให้เงินดังกล่าวตกเป็นทรัพย์สินของหน่วยจัดบริการ

**ข้อ ๕ ความรับผิดของหน่วยจัดบริการ**

หน่วยจัดบริการตกลงรับผิดต่อความเสียหาย อันเกิดจากการที่ไม่ดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมในข้อ ๑ หรือดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมแล้ว แต่ไม่เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๔ เว้นแต่ความเสียหายนั้น เกิดจากเหตุสุดวิสัยหรือภัยพิบัติ ซึ่งไม่ได้เกิดจากความผิด ของหน่วยจัดบริการ หน่วยจัดบริการยินยอมรับผิดชดใช้เงินที่ได้รับไว้หรือเบิกจ่ายไปแล้ว รวมทั้งค่าเสียหาย หรือค่าใช้จ่ายอื่นใดอันเกิดจากการดำเนินการหรือไม่ดำเนินการดังกล่าว ให้แก่ผู้สนับสนุน โดยผู้สนับสนุนมิต้อง บอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือแต่อย่างใด

หน่วยจัดบริการตกลงยินยอมเสียดอกเบี้ยตามอัตราที่กฎหมายกำหนดนับแต่วันที่ได้ รับเงินไปจากผู้สนับสนุนให้แก่ผู้สนับสนุน รวมทั้งยินยอมให้ผู้สนับสนุนดำเนินคดีได้ตามกฎหมาย

**ข้อ ๖ การสงวนสิทธิ์**

หน่วยจัดบริการตกลงยินยอมให้ผู้สนับสนุนสามารถดำเนินการแก้ไขเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติ ของผู้สนับสนุน ถ้าหน่วยจัดบริการได้รับแจ้งการแก้ไขเปลี่ยนแปลงดังกล่าวแล้ว หน่วยจัดบริการจะปฏิบัติ ตามแนวทางที่แก้ไขเปลี่ยนแปลงนั้น

**ข้อ ๗ เอกสารอันเป็นส่วนหนึ่งของบันทึกข้อตกลง**

เอกสารแนบท้ายบันทึกข้อตกลงดังต่อไปนี้ให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของบันทึกข้อตกลงนี้

๗.๑ ผนวก ๑ สำเนาแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม จำนวน..........(..........) หน้า

๗.๒ ผนวก ๒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของ จำนวน..........(..........) หน้า

ผู้มีอำนาจทำการแทนหน่วยจัดบริการ

๗.๓ ผนวก ๓ ...(หนังสือที่แสดงถึงการมีอำนาจผูกพัน จำนวน..........(..........) หน้า

หน่วยจัดบริการ)...

๗.๔ ผนวก ๔ สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคารของ จำนวน..........(..........) หน้า

หน่วยจัดบริการ

บันทึกข้อตกลงนี้ทำขึ้นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน ทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยละเอียดตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อพร้อมทั้งประทับตรา (ถ้ามี) ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน และทั้งสองฝ่ายต่างยึดถือไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (ลงชื่อ) | ................................................................ | (ลงชื่อ) | ................................................................ |
|  | (.............................................................) |  | (.............................................................) |
|  | ผู้สนับสนุน |  | หน่วยจัดบริการ |
|  |  |  |  |
| (ลงชื่อ) | ................................................................ | (ลงชื่อ) | ................................................................ |
|  | (.............................................................) |  | (.............................................................) |
|  | พยาน |  | พยาน |