**แบบติดตามและประเมินผลการใช้จ่ายเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ**

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..............................................

ชื่อโครงการ.........................................................................................................................................

ชื่อหน่วยงาน / กลุ่ม / องค์กรอื่น ................................................................................

วงเงินสนับสนุน...............................บาท (.....................................................................................)

------------------------------------------------------------------------

ตามคำสั่งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัด............ ที่ ................/...................ได้แต่งตั้งคณะทำงานติดตามและประเมินผลการใช้จ่ายเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ โครงการ..............................ซึ่งได้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้แก่..............................................................

บัดนี้ โครงการดังกล่าวให้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว คณะทา งานฯ จึงได้ดำเนินการประเมินผลการใช้จ่ายเงิน กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพดังกล่าว โดยมีรายละเอียดดังนี้

**ผลการติดตามและประเมินผล**

**1. รายการค่าใช้จ่ายที่มีใช้จ่ายเงิน ดังนี้**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ที่ | รายการ | จำนวน  (หน่วย) | เป็นเงิน  (บาท) | รวมเป็นเงิน  (บาท) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | **รวมเป็นเงิน** |  |

**2. การตรวจสอบการใช้จ่ายเงินและการดาเนินกิจกรรม**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ที่ | รายการ | ถูกต้อง | ไม่ถูกต้อง | หมายเหตุ |
| 1 | รายการค่าใช้จ่ายทุกรายการถูกต้องตามที่ได้รับอนุมัติ |  |  |  |
| 2 | มีหลักฐานการเบิกจ่ายถูกต้อง ครบถ้วนทุกรายการ |  |  |  |
| 3 | มีการดาเนินการครบถ้วนทุกกิจกรรมและบรรลุ  ตามวัตถุประสงค์แล้ว |  |  |  |

**3. การตรวจสอบเงินเหลือจ่าย**

( ) มีเงินเหลือจ่าย..........................บาท ( ) ไม่มีเงินเหลือจ่าย