

ตัวอย่าง

แบบประเมินการจัดสภาพแวดล้อมสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ
ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ประวัติส่วนบุคคลของผู้รับการประเมิน

1. วันที่ออกประเมิน.....
2. คำนำหน้าชื่อ (ด.ช./ต.ญ./นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....
3. เลขที่บัตรประชาชน --- กรณีไม่มีเนื่องจาก.....
4. วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง
5. สถานภาพ โสด สมรสอยู่ด้วยกัน สมรสแยกกันอยู่
 หย่าร้าง ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)
6. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
ชื่อสถานที่..... รหัสประจำบ้าน -
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
เบอร์โทรศัพท์..... เบอร์ต่อ..... โทรสาร.....
7. ที่อยู่ปัจจุบัน
 ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียน จำนวนผู้อยู่อาศัย.....คน
(กรณีเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ให้ทำเครื่องหมาย / ใน และข้ามไปกรอกข้อ 7)
ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน..... รหัสประจำบ้าน -
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... อบต./เทศบาล.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์..... โทรสาร.....
8. ลักษณะที่อยู่อาศัย บ้านตนเอง อาศัยผู้อื่นอยู่ บ้านเช่า อยู่กับผู้จ้าง ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง
 ชั้นเดียว สองชั้น ผู้พิการ/ผู้สูงอายุพักชั้น.....
9. ลักษณะห้องน้ำ ราวจับ มี ไม่มี ชักโครก ล้างซึม ผ้าอ้อม อื่นๆ

สภาพที่อยู่อาศัยและความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง

 - พื้นบ้าน / หลังคา / บันได
 - ฝ้าบ้าน / ห้องนอน / ประตู / หน้าต่าง / ระบบไฟฟ้า (สวิตช์ไฟฟ้า / ปลั๊กไฟ / สายไฟ)
 - ห้องน้ำ / ห้องสุขา
 - ระเบียง / ขานบ้าน
 - อื่นๆ (ระบุ).....

10. ประเภทผู้ประสบปัญหา
 - ผู้พิการ ประเภทของความพิการ.....
 - จดทะเบียนคนพิการ เลขบัตรประจำตัวคนพิการ..... ระดับความพิการ.....
 - ไม่ได้จดทะเบียนคนพิการ
 - ผู้สูงอายุ
 - ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน
 - ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

11. ระดับการศึกษา

- ไม่ได้รับการศึกษา/ไม่จบชั้นประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น
- มัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช./เทียบเท่า ปวส. / อนุปริญญา / เทียบเท่า
- ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี อื่น (ระบุ).....

12. อาชีพ

- ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน นักเรียน/นักศึกษา ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ภิกษุ/สามเณร/แม่ชี
- เกษตรกร (ทำไร่/นา/สวน/เลี้ยงสัตว์/ประมง) รับจ้าง ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ
- พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท อื่นๆ ระบุ.....

13. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท ที่มาของรายได้ ด้วยตนเอง ผู้อื่นให้

14. ชื่อที่สามารถติดต่อได้.....ความเกี่ยวข้อง.....เบอร์โทรศัพท์.....

15. การได้รับความช่วยเหลือ / สวัสดิการ

อุปกรณ์ / เครื่องช่วย ที่เคยได้รับ

1.จาก.....จำนวน.....ชิ้น
2.จาก.....จำนวน.....ชิ้น
3.จาก.....จำนวน.....ชิ้น

ความคิดเห็นของคณะทำงานประเมินฯ

.....
.....

ลงชื่อ.....คณะทำงาน
(.....)

ลงชื่อ.....คณะทำงาน
(.....)

ลงชื่อ.....คณะทำงาน
(.....)

ลงชื่อ.....คณะทำงาน
(.....)

ลงชื่อ.....คณะทำงาน
(.....)

ลงชื่อ.....คณะทำงาน
(.....)

ลงชื่อ.....คณะทำงาน
(.....)

ลงชื่อ.....คณะทำงาน
(.....)

ลงชื่อ.....คณะทำงาน
(.....)

ลงชื่อ.....คณะทำงาน
(.....)

8. ลักษณะที่อยู่อาศัย บ้านตนเอง อาศัยผู้อื่นอยู่ บ้านเช่า อยู่กับผู้จ้าง ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง
สภาพที่อยู่อาศัยปัจจุบัน

9. ประเภทผู้ประสบปัญหา

- ผู้พิการ ประเภทของความพิการ.....
 - จดทะเบียนคนพิการ เลขบัตรประจำตัวคนพิการ.....ระดับความพิการ.....
 - ไม่ได้จดทะเบียนคนพิการ
- ผู้สูงอายุ
- ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน
- ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

10. ระดับการศึกษา

- ไม่ได้รับการศึกษา/ไม่จบชั้นประถมศึกษา ประถมศึกษา
- มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย
- ปวช./เทียบเท่า ปวส. / อนุปริญญา / เทียบเท่า
- ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
- อื่น (ระบุ).....

11. อาชีพ

- ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน นักเรียน/นักศึกษา ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ภิกษุ/สามเณร/แม่ชี
- เกษตรกร (ทำไร่/นา/สวน/เลี้ยงสัตว์/ประมง) รับจ้าง ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ
- พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท อื่นๆ ระบุ.....

12. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท ที่มาของรายได้ ด้วยตนเอง ผู้อื่นให้

13. ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้.....ความเกี่ยวข้อง.....เบอร์โทรศัพท์.....

14. การได้รับความช่วยเหลือ/สวัสดิการ/อุปกรณ์/เครื่องช่วย ที่เคยได้รับ

1.จาก.....พ.ศ.....จำนวน.....ชิ้น
2.จาก.....พ.ศ.....จำนวน.....ชิ้น
3.จาก.....พ.ศ.....จำนวน.....ชิ้น

15. สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ เลือกตอบได้ (ตอบได้มากกว่า 1 รายการ)

- ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีรายได้ รู้สึกด้อยกว่าผู้อื่น
- ถูกรังเกียจเหยียดหยาม ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ ครอบครัวหรือผู้อุปการะมีฐานะยากจน
- ไม่มีโอกาสเรียนหนังสือ ไม่ได้รับการฝึกอาชีพ ไม่มีเงินทุนประกอบอาชีพ
- มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู มีความลำบากเมื่อออกนอกบ้าน
- ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนหรือการปรับตัวที่เหมาะสม
- ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน
- เงินไม่พอใช้จ่าย
- ไม่มีคนอุปการะ/ไร้ที่พึ่ง ไม่มีงานทำ ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน
- ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชีวิตประจำวัน

16. ความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง

- พื้นบ้าน / หลังคา / บันได
- ฝาบ้าน / ห้องนอน / ประตู / หน้าต่าง / ระบบไฟฟ้า (สวิตซ์ไฟฟ้า / ปลั๊กไฟ / สายไฟ)
- ห้องน้ำ / ห้องสุขา
- ระเบียง / ชานบ้าน
- อื่นๆ (ระบุ).....

การตรวจประเมินการปรับสภาพ

ตรวจประเมินวันที่.....

ชื่อ-นามสกุลเจ้าหน้าที่.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

ลงชื่อ.....ผู้บันทึกข้อมูล (กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ)

(.....)

ความเห็นของผู้ประเมิน (สิ่งที่ควรปรับสภาพที่อยู่อาศัยตามสภาพคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง)

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (นักกายภาพบำบัดประจำโรงพยาบาล)

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล)

(.....)

ตัวอย่าง

หนังสือให้ความยินยอมในการจัดสภาพแวดล้อม/ปรับปรุง/ซ่อมแซม

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เป็น () เจ้าของบ้าน
หรือ () สมาชิกในครอบครัวที่ได้มอบหมายจากเจ้าของบ้านพักอาศัยเลขที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....ซึ่งเกี่ยวพันเป็น () บิดา () มารดา
() สามี () ภรรยา () บุตร () หลาน () อื่นๆ (ระบุ).....ของคนพิการ ชื่อ
.....นั้น

ขอทำหนังสือฉบับนี้ไว้เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

1. ข้าพเจ้าและครอบครัวได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของการซ่อมแซม / ปรับปรุงบ้านพักอาศัย ให้แก่คนพิการ
ตามโครงการฯ ของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

2. ข้าพเจ้าและครอบครัวที่มีความประสงค์และยินยอมให้มีการซ่อมแซม / ปรับปรุงบ้านพักอาศัย หลังนี้ตาม
รายการและระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่กำหนดทุกประการ

3. เพื่อให้การดำเนินการซ่อมแซม / ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยด้วยดี ข้าพเจ้าและ
บริวารหรือตัวแทนของข้าพเจ้า ชื่อ.....จะอยู่ร่วมมือร่วมแรงและ

ช่วยอำนวยความสะดวกทุกด้านอย่างเต็มกำลังความสามารถแก่คณะทำงานฯ ตลอดระยะเวลาของการ ซ่อมแซม/ ปรับปรุง
บ้านพักอาศัยหลังนี้ โดยไม่เรียกร้องค่าตอบแทนใดๆทั้งสิ้น

4. ในกรณีที่มีสาเหตุสุดวิสัยหรือความเสียหายใดๆเกิดขึ้นในระหว่างการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้โดย
ข้าพเจ้าหรือตัวแทนของข้าพเจ้าได้รับรู้ด้วยแล้ว ข้าพเจ้าและครอบครัวจะไม่เรียกร้อง ค่าเสียหายและสิทธิใดๆ ทั้งสิ้นจาก
กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่อย่างใด

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยาน

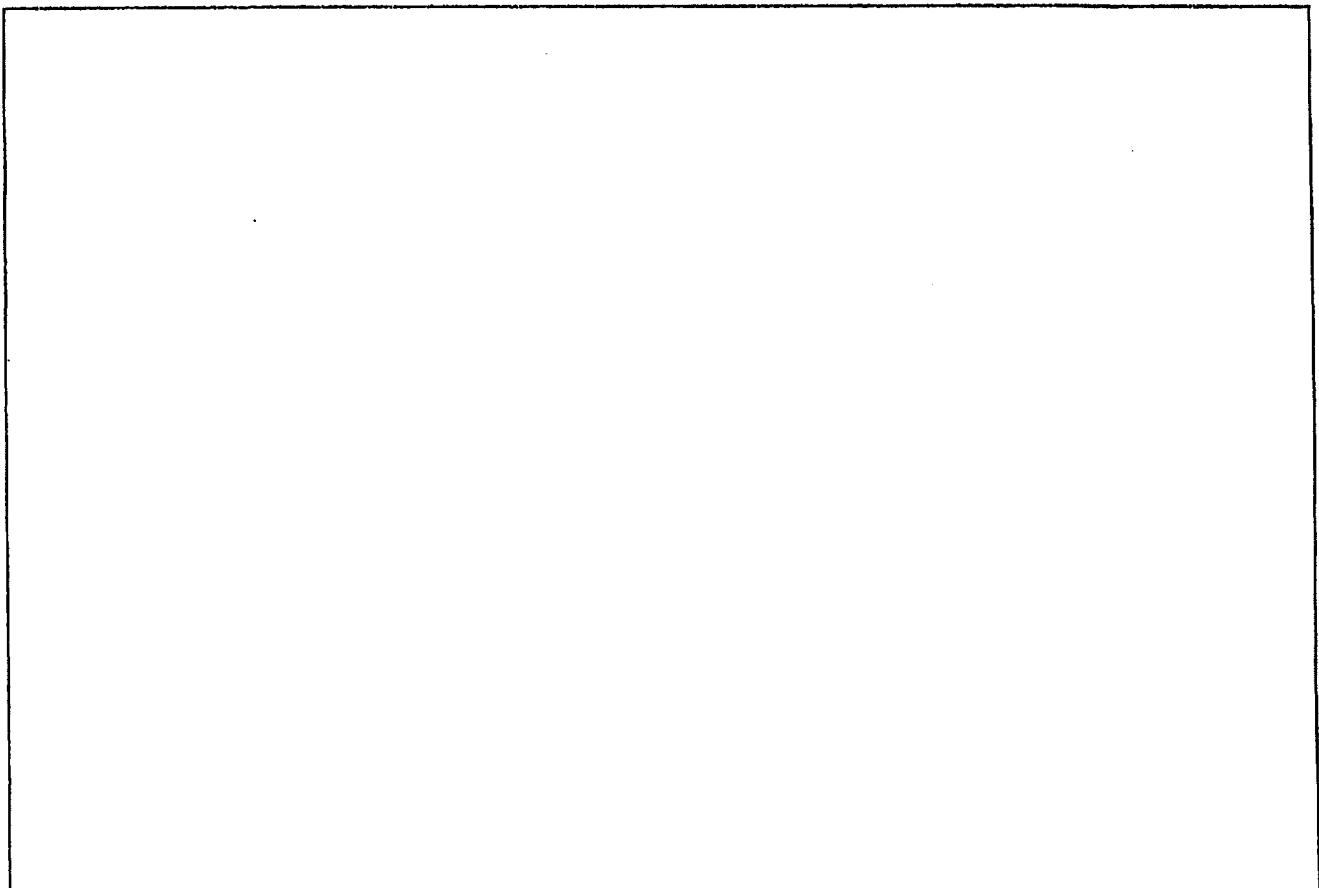
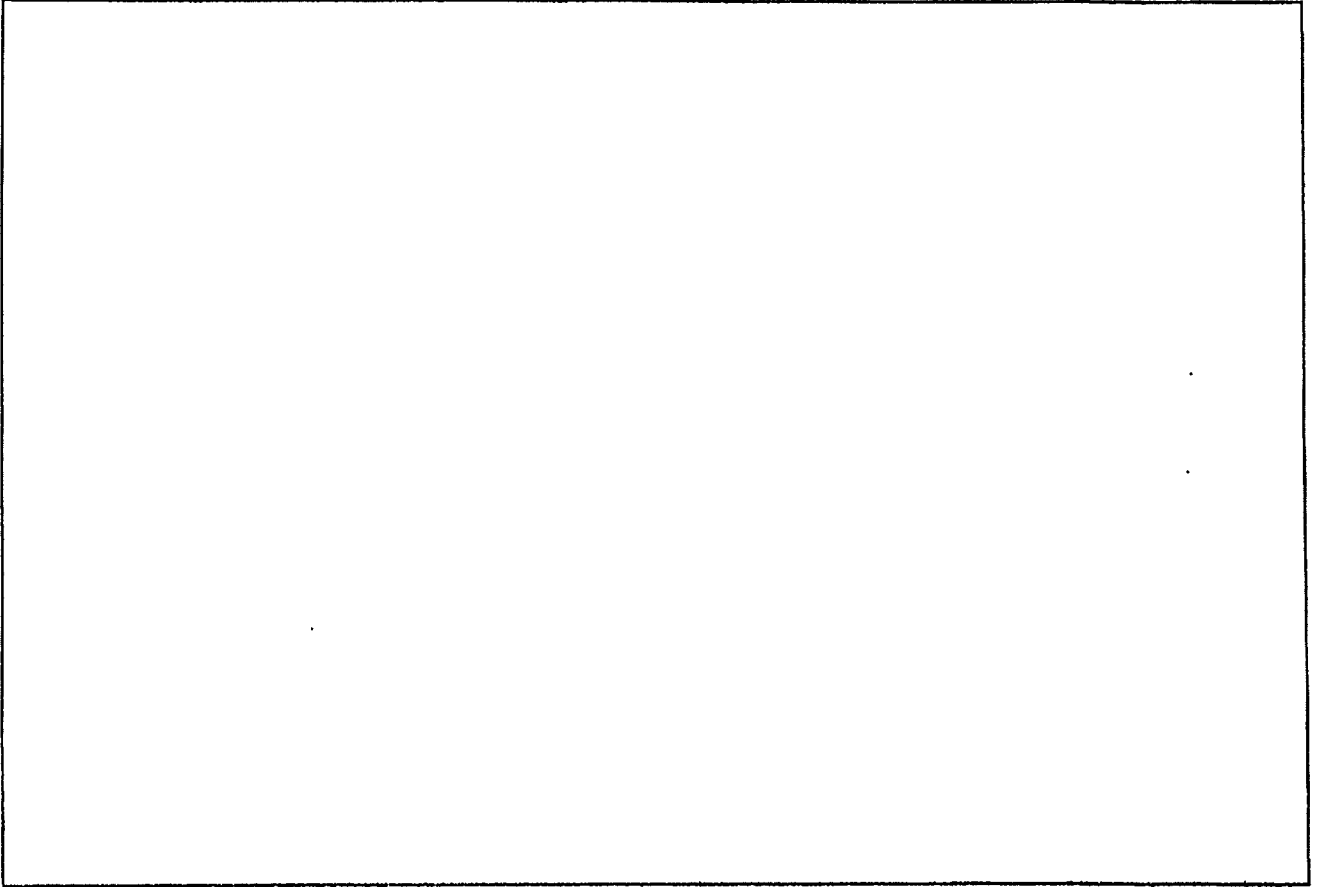
(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

หมายเหตุ แบบเอกสารประกอบได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของบ้านพักอาศัยและ
คนพิการในครอบครัว

ภาพถ่ายก่อนดำเนินการ และ ภาพถ่ายหลังดำเนินการ



ตัวอย่าง

แบบรายงานการปรับสภาพแวดล้อม/ปรับปรุง/ซ่อมแซมที่อยู่อาศัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัด.....

ที่	ชื่อ-สกุล /เลข ประจำตัว คนพิการ	อายุ (ปี)	ที่อยู่	ประเภทความ พิการ	รายละเอียดการปรับ สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย	งบประมาณ (บาท)	
						ที่ได้รับ	เบิกจ่าย

***หมายเหตุ หากดำเนินการเสร็จสิ้นแล้วให้รีบดำเนินการรายงานให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัด..... ทราบโดย
ทันที พร้อมภาพถ่ายการดำเนินงาน ก่อน-หลัง การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ตัวอย่าง

เอกสารหลักฐานประกอบการจัดสภาพแวดล้อม

- | | |
|--|-------------|
| ๑. แบบคำขอให้มีการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย (กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกช่อง) | จำนวน ๑ ชุด |
| ๒. รายงานการประชุมคณะทำงานประเมินสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน พร้อมคำสั่งแต่งตั้ง | จำนวน ๑ ชุด |
| ๓. แบบประเมินการจัดสภาพแวดล้อม | จำนวน ๑ ชุด |
| ๔. แบบคำขอจัดสภาพแวดล้อม | จำนวน ๑ ชุด |
| ๕. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ | จำนวน ๑ ชุด |
| ๖. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน ๑ ชุด |
| ๗. สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ | จำนวน ๑ ชุด |
| ๘. เอกสารการตรวจสอบสิทธิบัตรทอง (ท.๗๔) ของผู้พิการ หรือผู้สูงอายุ ที่ขอรับการจัดสภาพแวดล้อม | จำนวน ๑ ชุด |
| ๙. ภาพถ่ายสภาพบ้านหรือบริเวณที่จะดำเนินการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย | จำนวน ๑ ชุด |
| ๑๐. หนังสือให้ความยินยอมในการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย จากเจ้าของกรรมสิทธิ์ที่ดิน พร้อมแนบ สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน รับรองสำเนา อย่างละ ๑ ชุด (** กรณีเจ้าของที่ดินเสียชีวิต และยังไม่มีการโอน แบ่งที่ดินหรือแต่งตั้งผู้จัดการมรดก ให้บุตรทุกคน ภรรยา/สามีเจ้าที่ดิน เช่นในหนังสือยินยอมพร้อมแนบเอกสารทุกคน หากบุตร/ภรรยา/สามีคนใดเสียชีวิตแล้วก็ให้แนบสำเนาใบมรณบัตรด้วย) | |

*๑๑. เอกสารการตรวจสอบสิทธิบัตรทอง (ท.๗๔) สามารถตรวจได้ที่เว็บของ สปสช.

3. การจ่ายเงินเพื่อสนับสนุนการดำเนินการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน เพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น ตามประกาศ ฯ ข้อ 9 (2) (ค)

คนพิการ และผู้สูงอายุ ที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง เช่น เข้าห้องน้ำ อาบน้ำ รับประทานอาหาร การสนับสนุนการจัดสภาพแวดล้อม และที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม จึงเป็นการช่วยให้คนพิการ และผู้สูงอายุ สามารถดำรงชีวิตหรือประกอบกิจวัตรประจำวันได้

การสนับสนุนการดำเนินการจัดสภาพแวดล้อม มีแนวทาง และวิธีปฏิบัติดังนี้

3.1 ออบจ.ดำเนินการเองหรือร่วมกับ อบต. เทศบาล หน่วยงาน และภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อ ออกแบบระบบการดำเนินงาน โดยอาจนำเอาตัวอย่างขั้นตอนการดำเนินงาน โครงการจัดสภาพแวดล้อม และสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้สูงอายุให้เหมาะสมและปลอดภัย พ.ศ. 2562 ของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานก็ได้ ทั้งนี้ โดยทั่วไปมีหลักเกณฑ์ และขั้นตอนการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้

1) ออบจ. จัดทำระเบียบว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการสนับสนุน หรือ กำหนดเป็นแนวทางการสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อการจัดสภาพแวดล้อมหรือ บริการขั้นพื้นฐาน และเสนอคณะกรรมการกองทุนพิจารณาเห็นชอบ (ตามประกาศ ฯ ข้อ 15 (3)) เพื่อ ประกาศให้หน่วยงาน และประชาชนทราบ

2) รับเรื่องจากผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือครอบครัว ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น หน่วยงานราชการ หรือภาคเอกชน

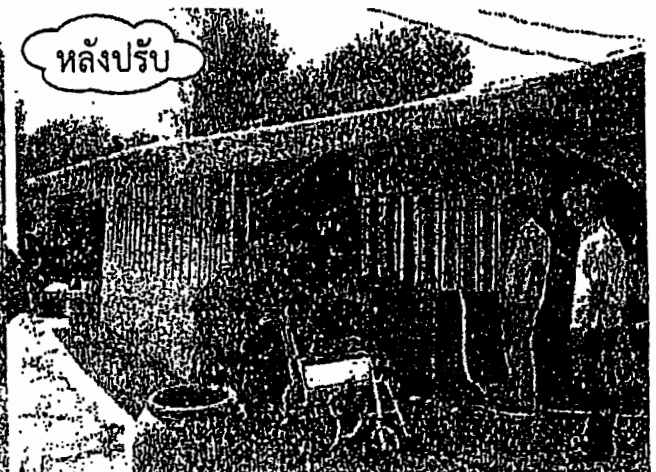
3) ตรวจสอบข้อเท็จจริงที่มีการร้องขอหรือแจ้งความต้องการ

4) อนุกรรมการพิจารณากลับกรองเบื้องต้น ประเมินสภาพ กำหนดรายการที่จะ ปรับปรุงและประเมินราคา

5) เสนอคณะกรรมการกองทุนพิจารณาอนุมัติ

6) หน่วยงานที่ได้รับอนุมัติโครงการ ดำเนินการจัดสภาพแวดล้อม

7) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน



วงเงินค่าใช้จ่ายที่จะสนับสนุน เป็นดุลยพินิจของคณะกรรมการกองทุนที่จะพิจารณา ทั้งนี้อาจอ้างอิงต้นทุนการปรับสภาพบ้านจากงานวิจัยเรื่อง “โครงการวิเคราะห์ต้นทุนและผลลัพธ์ของ บริการปรับสภาพบ้านสำหรับคนพิการด้านการเคลื่อนไหวและผู้สูงอายุ” โดยคณะแพทยศาสตร์ คณะ เกษศาสตร์ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ ผังเมืองและนฤมิตศิลป์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (พญ.ศิรินาถ ตงศิริและคณะ) หรือการสนับสนุนค่าใช้จ่ายการจัดสภาพแวดล้อม และที่อยู่อาศัยของกรมกิจการผู้สูงอายุ ประกอบการพิจารณาคณะกรรมการกองทุนอาจกำหนดประเภทการจัดสภาพแวดล้อมและอัตราวงเงิน สนับสนุนเป็นกรอบ ในหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข หรือแนวทางการสนับสนุนด้วยก็ได้

3.2 หน่วยงานที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย คือ อบจ. อบต.อื่น สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้สูงอายุ หรือองค์กรอื่น ในการอนุมัติโครงการ คณะกรรมการกองทุนควรพิจารณาถึงศักยภาพในการดำเนินโครงการของแต่ละหน่วยงาน

3.3 วิธีการสนับสนุนค่าใช้จ่ายกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ มีแนวทางและวิธีปฏิบัติ ดังนี้

1) อบจ.เสนอแผนงานสนับสนุนการจัดบริการให้เยี่ยมอุปกรณ์ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในชุมชนหรือที่บ้าน และการจัดสภาพแวดล้อม และวงเงินงบประมาณที่จะใช้ บรรจุในแผนการเงินประจำปีของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อเสนอคณะกรรมการกองทุนพิจารณาอนุมัติ

2) อบจ. อบต. เทศบาล หรือหน่วยงานอื่นที่มีสิทธิรับค่าใช้จ่าย จัดทำโครงการการจัด สภาพแวดล้อมเพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม เสนอ อบจ.

3) คณะกรรมการกองทุนพิจารณาอนุมัติโครงการ และงบประมาณ ทั้งนี้คณะกรรมการ กองทุนอาจตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานที่ประกอบด้วยผู้มีความรู้ด้านการจัดสภาพแวดล้อม เช่น ด้านช่าง ด้านสาธารณสุข ด้านกายภาพ มาพิจารณากลับกรองและตรวจสอบข้อเท็จจริงตามโครงการที่มา ขอรับสนับสนุนก่อนการพิจารณาอนุมัติด้วยก็ได้

4) อบจ.จัดทำบันทึกข้อตกลงหรือสัญญา กับหน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการ

5) อบจ.เบิกจ่ายเงินให้กับหน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการตามที่กำหนด

6) หน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการ ดำเนินงานตามโครงการที่ได้รับอนุมัติ และรายงาน ผลการดำเนินงานตามโครงการให้ อบจ. และคณะกรรมการกองทุนทราบ ตามที่กำหนดไว้ในข้อ 4)

7) อบจ.ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน