TRUNG TÂM Y TẾ BẢO LÂM **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

 **TRẠM Y TẾ LỘC THẮNG Độc lập – Tự do – Hạnh phúc**

**BẢNG TỔNG HỢP QUYẾT TOÁN KINH PHÍ**

**CHƯƠNG TRÌNH PHCN – DVCĐ QUÝ II NĂM 2020**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **NỘI DUNG CHI** | **SỐ TIỀN** | **GHI CHÚ** |
| **1** | Chi hỗ trợ cho cán bộ y tế xã thực hiện công tác PHCN cho người khuyết tật tại cộng đồng  | 300.000 |  |
| **2** | Chi hỗ trợ cho công tác phát thanh loa xã chương trình PHCN - DVCĐ | 45.000 |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **6** | **Tổngcộng:** | **345.000** |  |

(Bằngchữ: Ba trăm bốn mươi lăm nghìn đồng )

 …………………..ngày 30 tháng 06 năm 2020

 **GIÁM ĐỐC KẾ TOÁN TTYT TRẠM TRƯỞNG PT CHƯƠNG TRÌNH**

|  |  |
| --- | --- |
| **TTYT HUYỆN BẢO LÂM** | CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM |
|  **TYT TT LỘC THẮNG.**  |  **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **BẢNG QUYẾT TOÁN TIỀN HỖ TRỢ CHO CÁN BỘ Y TẾ** **THỰC HIỆN CÔNG TÁC PHCN CHO NGƯỜI KHUYẾT TẬT TẠI CỘNG ĐỒNG**   |
| **QUÝ II NĂM 2020** |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **STT** | **Họ và tên** | **Đơn vị công tác** | **Số tiền** | **Số tháng** | **Thành tiền** | **Ký nhận****(ghi rõ họ tên)** |
| 1 |  |  | 100.000 | 3 | 300.000 |   |
| 2 |   |   |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |   |   |
| 4 |   |   |   |   |   |   |
| **Tổng cộng** |  |  |  |  **300.000**  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Bằng chữ: (Ba trăm ngàn đồng chẵn) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  *.* |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  *Lộc Thắng , ngày 30 tháng 06 năm 2020* |
|  GIÁM ĐỐC TTYT KẾ TOÁN TTYT TRAM Y TẾ PT.CHƯƠNG TRÌNH  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 Nguyễn Ngọc Đông

|  |  |
| --- | --- |
|   UBND TT LỘC THẮNG | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** |
|  **TYT TT LỘC THẮNG**  |  **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |
|  |  |  |  |  |  |
| **DANH SÁCH** |
| **NHẬN TIỀN HỖ TRỢ PHÁT THANH LOA CỦA XÃ/THỊ TRẤN** |
| **VỀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI KHUYẾT TẬT TAI CỘNG ĐỒNG** **QUÝ II NĂM 2020** |
|  |  |  |  |  |  |
| **THỜI GIAN** | **KHUNG GiỜ ĐỌC** | **SỐ LẦN TUYÊN TRUYỀN** | **NỘI DUNG TRUYỀN THANH** | **SỐ TIỀN (VNĐ)** | **HỌ VÀ TÊN NGƯỜI THỰC HIỆN** |
| Ngày ../04/2020 | Từ 5 h..đến 5 h15P | 1 | PHCN cho NKT tại cộng đồng |  15.000  |  |
| Ngày…./05/2020 | Từ 5 h.đến 5 h 15P… | 1 | PHCN cho NKT tại cộng đồng |  15.000  |  |
| Ngày …/06/2020 | Từ 5 h.đến 5 h 15P | 1 | PHCN cho NKT tại cộng đồng |  15.000  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Tổng cộng** |  | **3** |  | **45.000**  |  |
| **Bằng chữ** | ***: ( Bốn mươi lăm ngàn đồng chẵn )*** |
|  **Xác nhận của UBND Trưởng trạm y tế Người lập**   **Giám Đốc TTYT Kế toán**  |

|  |  |
| --- | --- |
| UBND XÃ…………….. | **BẢNG TỔNG HỢP BỆNH NHÂN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG** |
| TYT ……………… | ( Nhân viên y tế tham gia phục hồi chức |
|  |  | năng cho người khuyết tật tại cộng đồng) |
|  |  | Tháng 04 năm 2020 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **STT** | **Họ tên** **nhân viên y tế** | **Họ tên** **người khuyết tật** | **Địa chỉ** | **Ngày** **công tác** | **Nội dung công tác** | **Ký xác nhận** **của người bệnh****(***ghi rõ họ tên)* |
| 1 |  |  |  | …/04/2020 | PHCN |  |
| 2 |  |  |  | …/04/2020 | PHCN |  |
| 3 |  |  |  | …./04/2020 | PHCN |  |
| 4 |  |  |  | …..04//2020 | PHCN |  |
| 5 |  |  |  | …./04/2020 | PHCN |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  *Lộc Thắng .ngày tháng 04 năm 2020* |
|  **UBND THỊ TRẤN TRƯỞNG TRẠM Y TẾ NGƯỜI CHẤM CÔNG** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| UBND XÃ…………….. | **BẢNG TỔNG HỢP BỆNH NHÂN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG** |
| TYT ……………… | ( Nhân viên y tế tham gia phục hồi chức |
|  |  | năng cho người khuyết tật tại cộng đồng) |
|  |  | Tháng 05 năm 2020 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **STT** | **Họ tên** **nhân viên y tế** | **Họ tên** **người khuyết tật** | **Địa chỉ** | **Ngày** **công tác** | **Nội dung công tác** | **Ký xác nhận** **của người bệnh****(***ghi rõ họ tên)* |
| 1 |  |  |  | …/05/2020 | PHCN |  |
| 2 |  |  |  | …/05/2020 | PHCN |  |
| 3 |  |  |  | …./05//2020 | PHCN |  |
| 4 |  |  |  | …..05/2020 | PHCN |  |
| 5 |  |  |  | …./05/2020 | PHCN |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  *Lộc Thắng .ngày tháng 05năm 2020* |
|  **UBND THỊ TRẤN TRƯỞNG TRẠM Y TẾ NGƯỜI CHẤM CÔNG** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |   |

|  |  |
| --- | --- |
| UBND XÃ…………….. | **BẢNG TỔNG HỢP BỆNH NHÂN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG** |
| TYT ……………… | ( Nhân viên y tế tham gia phục hồi chức |
|  |  | năng cho người khuyết tật tại cộng đồng) |
|  |  | Tháng 06 năm 2020 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **STT** | **Họ tên** **nhân viên y tế** | **Họ tên** **người khuyết tật** | **Địa chỉ** | **Ngày** **công tác** | **Nội dung công tác** | **Ký xác nhận** **của người bệnh****(***ghi rõ họ tên)* |
| 1 | Nguyễn văn A |  |  | …/06/2020 | PHCN |  |
| 2 |  |  |  | …/06/2020 | PHCN |  |
| 3 |  |  |  | …./06/2020 | PHCN |  |
| 4 |  |  |  | …..06/2020 | PHCN |  |
| 5 |  |  |  | …./06/2020 | PHCN |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  *Lộc Thắng .ngày tháng 06 năm 2020* |
|  **UBND THỊ TRẤN TRƯỞNG TRẠM Y TẾ NGƯỜI CHẤM CÔNG** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |   |

 Người chấm công o được là người PHCN