

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា  
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

\*\*\*\*\*



ក្រសួងសុខាភិបាល

ប្រធានាធិការក្រុមប្រឹក្សាជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ

## និយាមសំរាប់អនុវត្តសកម្មភាព

របស់

គំរោងកិច្ចសហប្រតិបត្តិការ ពង្រីកនិងការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍/កាមរោគ  
នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា គាំទ្រដោយមជ្ឈមណ្ឌលប្រយុទ្ធនឹងជំងឺរបស់សម្ព័ន្ធភាពេទឹក

រៀបចំដោយ



ប្រធានាធិការក្រុមប្រឹក្សាជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ

ផែនការ ខែមេសា ឆ្នាំ ២០០៨

# មាតិកា

## ពាក្យបំព្រួញ (Abbreviations)

## អារម្ភកថា (Preface)

១. សេចក្តីផ្តើម	១
១.១. គោលបំណងនៃនិយាមសំរាប់អនុវត្តគំរោង	១
១.២. គោលការណ៍ចម្រង និងឯកសារយោងសំខាន់ៗ	១
១.៣. សង្ខេបអំពីដំណើរការអនុវត្តគំរោង	២
២. ការអនុម័តលើសកម្មភាព	៣
៣. ការអនុម័តលើថវិកា និង ការផ្តល់ថវិកា	៥
៣.១. គណនីនៅធនាគារ	៥
៣.២. ការអនុម័តលើការបើកប្រាក់	៥
៣.៣. ការដកប្រាក់បេឡា (Petty cash)	៦
៣.៤. ការបើកប្រាក់បុរេប្រទាន (Advances)	៨
៣.៥. ការបើកប្រាក់បុរេប្រទានសំរាប់វគ្គបណ្តុះបណ្តាល ឬ សកម្មភាព ផ្សេងៗ	៨
៣.៦. ការបំពេញទឹកប្រាក់បេឡា	៨
៣.៧. សារវនកម្ម (Audits)	៨
៤. កាលវិភាគនៃការចុះអភិបាល និង ការធ្វើរបាយការណ៍	៨
៥. នីតិវិធីនៃការធ្វើលទ្ធកម្មនិងអតិបរមានៃការអនុម័ត (Ceilings)	១០
៥.១. ការធ្វើលទ្ធកម្មលើសំភារៈបរិក្ខារ	១០
៥.១.១. អតិបរមានៃការអនុម័ត	១០
៥.១.២. អចលនវត្ថុ និង ការចុះបញ្ជីសារពើភ័ណ្ណ	១១
៥.២. ការធ្វើលទ្ធកម្មលើសេវាកម្ម : បុគ្គល ក្រុមហ៊ុន	១២
៥.២.១. ឯកសារយោងសំខាន់ៗ	១២
៥.២.២. ទីប្រឹក្សាជាបុគ្គល	១២
៥.២.៣. ទីប្រឹក្សាជាក្រុមហ៊ុន	១៤

៥.៣. ការធ្វើលទ្ធកម្មលើការងារសំណង់	១៥
៥.៤. ការវាយតម្លៃលើការងារលទ្ធកម្ម	១៨
៥.៥. ការធានារ៉ាប់រង	១៨
៦. អត្រាប្រាក់ឧបត្ថម្ភសំរាប់បេសកកម្មក្នុងប្រទេស ការចុះអភិបាល និងប្រាក់លើកទឹកចិត្តក្នុង	១៨
៧. ការអនុវត្តន៍ការងារ សោហ៊ុយសំរាប់បេសកកម្មក្រៅប្រទេស	២០

## **ឧបសម្ព័ន្ធ**

ឧបសម្ព័ន្ធ A : សេចក្តីសង្ខេបអំពីដំណើរការនៃការធ្វើលទ្ធកម្ម	២២
- ឯកសារភ្ជាប់ A1 : សំរាយនីតិវិធីអំពី ដំណើរការនៃការធ្វើលទ្ធកម្ម	២២
- ឯកសារភ្ជាប់ A2 : សំណើសុំឯកសារសំរង់តំលៃ	២៤
- ឯកសារភ្ជាប់ A3 : កិច្ចសន្យា	២៦
ឧបសម្ព័ន្ធ B : គំរូនៃកិច្ចសន្យាជាមួយបុគ្គល	២៨
- ឯកសារភ្ជាប់ B1 : បែបបទនៃកិច្ចសន្យាជាមួយបុគ្គលសំរាប់ បំពេញការងារ	២៨
- ឯកសារភ្ជាប់ B2 : គំរូនៃកិច្ចសន្យាបំរើការងារ	២៩
ឧបសម្ព័ន្ធ C : ឯកសារគំរូសំរាប់ធ្វើលទ្ធកម្មលើសំណង់ខ្នាតតូច	៣២
- ឯកសារភ្ជាប់ C1 : ការរកឯកសារសំរង់តំលៃ (Quotation)	៣២
- ឯកសារភ្ជាប់ C2 : គំរូនៃកិច្ចសន្យា	៣៤
ឧបសម្ព័ន្ធ D : ផែនការសកម្មភាព	៣៦
ឧបសម្ព័ន្ធ E : ផែនការលទ្ធកម្ម	៣៧
ឧបសម្ព័ន្ធ F : បែបបទសំរាប់ស្នើសុំបំពេញប្រាក់បន្ថែម (Replenishment)	៣៨
- ឯកសារភ្ជាប់ F1 : លិខិតស្នើសុំបំពេញប្រាក់បន្ថែម	៣៩
- ឯកសារភ្ជាប់ F2 : របាយការណ៍ចំណាយ (SOE)	៤១
- ឯកសារភ្ជាប់ F3 : ឯកសារផ្ទៀងផ្ទាត់គណនីបុរេប្រទាន	៤២
- ឯកសារភ្ជាប់ F4 : តារាងសុំបំពេញប្រាក់បន្ថែម	៤៣
ឧបសម្ព័ន្ធ G : របាយការណ៍ហិរញ្ញវត្ថុ ប្រចាំខែ	៤៤
- ឯកសារភ្ជាប់ G1 : ឯកសារផ្ទៀងផ្ទាត់ធនាគារ (Bank statement)	៤៥
- ឯកសារភ្ជាប់ G2 : បញ្ជីកត់ត្រាចលនាសាច់ប្រាក់ (Petty cash book)	៤៦
- ឯកសារភ្ជាប់ G3 : ឯកសាររាប់សាច់ប្រាក់ (Cash count sheet)	៤៧
- ឯកសារភ្ជាប់ G4 : សៀវភៅធនាគារ (Bank book)	៤៨

- ឯកសារភ្ជាប់ G5 : របាយការណ៍ចំណាយ តាមប្រភេទសកម្មភាព (Program components)	៤៩
- ឯកសារភ្ជាប់ G6 : របាយការណ៍ចំណាយតាមខ្លួនវិទ្យា (Object class)	៥០
- ឯកសារភ្ជាប់ G7 : ឯកសារផ្សេងទៀតគន្លឹះបុរេប្រទាន	៥១
- ឯកសារភ្ជាប់ G8 : បញ្ជីរកតម្រូវប្រាក់បុរេប្រទាន	៥២
ឧបសម្ព័ន្ធ H : របាយការណ៍ស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុ (FSR)	៥៣
ឧបសម្ព័ន្ធ I : បែបបទគំរូនៃរបាយការណ៍ សកម្មភាព (ប្រចាំត្រីមាស និង ប្រចាំឆ្នាំ)	៥៤
ឧបសម្ព័ន្ធ J : គំរូនៃបញ្ជីសារពើភ័ណ្ណ	៦៣

## បញ្ជីតារាង

តារាងទី ១ : សង្ខេបពីដំណើរការនៃការអនុវត្តសកម្មភាព	២
តារាងទី ២ : សង្ខេបពីយន្តការនៃការអនុម័ត	៤
តារាងទី ៣ : ការកំណត់លើការរក្សាទុកប្រាក់បន្ទាប់បន្សំ	៦
តារាងទី ៤ : សង្ខេបលើការអនុម័តថវិកា	៧
តារាងទី ៥ : សង្ខេបលើការងាររៀបចំរបាយការណ៍	៩
តារាងទី ៦ : ទឹកប្រាក់អប្បបរមាសំរាប់ធ្វើលទ្ធកម្មលើសំភារៈបរិក្ខារ	១១
តារាងទី ៧ : សង្ខេបអំពីដំណើរការជ្រើសរើសទីប្រឹក្សាជាបុគ្គល	១២
តារាងទី ៨ : សង្ខេបអំពីដំណើរការជ្រើសរើសទីប្រឹក្សាមកពីក្រុមហ៊ុន	១៤
តារាងទី ៩ : សង្ខេបអំពីដំណាក់កាលនៃការធ្វើលទ្ធកម្មលើការងារជួសជុលខ្នាតតូច	១៦
តារាងទី ១០ : ប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំថ្ងៃសំរាប់មន្ត្រីរដ្ឋាភិបាល ក្នុងការធ្វើចុះបំពេញបេសកកម្មក្នុងប្រទេស	១៨
តារាងទី ១១ : ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ សិក្ខាកាមចូលរួមក្នុងការបណ្តុះបណ្តាល ឬ សិក្ខាសាលា	១៩
តារាងទី ១២ : អត្រាប្រាក់ឧបត្ថម្ភនៅពេលបំពេញការងារ	១៩
តារាងទី ១៣ : អត្រាប្រាក់ឧបត្ថម្ភសំរាប់អ្នកជំងឺអេដស៍ចូលរួម មណ្ឌលមិត្តជួយមិត្ត	២០

**ពាក្យប្រយោជន៍  
(Abbreviations)**

APW	បែបបទនៃកិច្ចសន្យាជាមួយបុគ្គលសំរាប់ បំពេញការងារ
BMC	ខេត្តបន្ទាយមានជ័យ
BTB	ខេត្តបាត់ដំបង
CoAg	កិច្ចសហប្រតិបត្តិការ
CWO	សាច់ប្រាក់ដែលបានដកចេញជាលំដាប់លំដោយ
FSR	របាយការណ៍ស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុ
ICB	នីតិវិធីដេញថ្លៃតាមលក្ខណៈអន្តរជាតិ
MMM	មណ្ឌលមិត្តជួយមិត
MoH	ក្រសួងសុខាភិបាល
MoEF	ក្រសួងសេដ្ឋកិច្ច និងហិរញ្ញវត្ថុ
NAA	អជ្ញាធរជាតិ ប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍
NCHADS	មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ
NGO	អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល
NIPH	វិទ្យាស្ថានជាតិសុខភាពសាធារណៈ
NMCHC	មជ្ឈមណ្ឌលគាំពារមាតានិងទារក
OD	ស្រុកប្រតិបត្តិ
PAO	ប្រធានកម្មវិធីអេដស៍ខេត្ត
PHD	មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត

PST	ខេត្តពោធិសាត់
QA	ការធានាគុណភាព
RGC	រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា
SoE	របាយការណ៍ចំណាយ
SOP	និយាមសំរាប់អនុវត្តសកម្មភាពគំរោង
STD	ជំងឺកាមរោគ
US CDC	មជ្ឈមណ្ឌលប្រយុទ្ធនឹងបង្ការជំងឺ របស់សហរដ្ឋអាមេរិក
VCCT	មណ្ឌលផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាម
**Subcomponent	ស្ថាប័នទទួលជំនួយបន្ត



## អារម្ភកថា

ជាមួយនឹងគោលដៅច្បាស់លាស់ក្នុងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ២០០៨-២០១០ “បង្កើនការជួយសង្គ្រោះជីវិតដល់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា” និងមានការគាំទ្រពីសំណាក់ក្រសួងសុខាភិបាល និង ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ផ្សេងៗ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និង កាមរោគ បានអនុវត្តនិងសំរេចការងារគួរអោយកត់សំគាល់ ដើម្បីឆ្ពោះទៅដល់ការសំរេចនូវគោលដៅរបស់ខ្លួន ។ បន្ទាប់ពីមានការទទួលស្គាល់ដោយ WHO ក្នុងការសំរេចគោលដៅរបស់ប្រទេស “៣/៥” ដែលផ្តួចផ្តើមដោយ WHO/UNAIDS មជ្ឈមណ្ឌលបានបន្តការងាររបស់ខ្លួន ដើម្បីឈានទៅរកការសំរេចការផ្តល់សេវាជាសកល និងទិសដៅសហស្សវត្សន៍របស់ប្រទេស ។ ដោយគាំទ្រគោលដៅនេះ NCHADS បានទទួលថវិកាជំនួយ ពី Global Fund, ADB, World Bank, DFID, EUROPAID, UNSW/CTAP, WHO, CHAI, FHI, AHF និង US CDC/Global AIDS Programs ។

ក្នុងរយៈកាល៥ឆ្នាំកន្លងមកនេះ មជ្ឈមណ្ឌលបានទទួលថវិកាជំនួយពី US CDC/Global AIDS Programs ក្រោមកិច្ចព្រមព្រៀងសហប្រតិបត្តិការ U22/CCU021772 សំរាប់ពង្រីកសកម្មភាពបង្ហា និង គាំទ្រ នៃកម្មវិធី HIV/AIDS/STD នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ។ ការគាំទ្របន្តពីសំណាក់ PEPFAR ក្នុងរយៈពេល៥ឆ្នាំ៖ ២០០៨-២០១២ នឹងផ្តោតលើគោលដៅជាកន្លឹះដូចតទៅ៖ “បង្កើនសេវាគ្របដណ្តប់កម្មវិធីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ធ្វើអោយប្រសើរឡើងការថែទាំអ្នកជំងឺអេដស៍បន្ត ជាពិសេសអ្នកជំងឺ របេង-អេដស៍ និង ធ្វើអោយប្រសើរឡើងនូវការប្រមូលនិងប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ សំរាប់ សកម្មភាពនៃកម្មវិធី អេដស៍” ។

ដើម្បី គ្រប់គ្រងអោយមានប្រសិទ្ធភាព និង អនុលោមទៅតាមលក្ខខណ្ឌរបស់កិច្ចព្រមព្រៀងសហប្រតិបត្តិការ ក៏ដូចជា ការិយាល័យសំរាប់សុវត្ថិភាពកម្មវិធីអេដស៍សកល មជ្ឈមណ្ឌលបានធ្វើការកែសំរួលចំនុចមួយចំនួន នៅក្នុង និយាមសំរាប់អនុវត្តសកម្មភាព (SOP) របស់គំរោង US.CDC ។ ក្រុមការងារពីខាង NCHADS និងពី US.CDC/GAP ប្រចាំកម្ពុជា បានធ្វើការជាមួយគ្នាពិនិត្យសារឡើងវិញ ហើយកែសំរួលទៅលើ និយាមនេះ ដោយយោងទៅតាមឯកសារ និង ការអនុវត្តជាក់ស្តែងពាក់ព័ន្ធមួយចំនួន ទៅនឹង លក្ខខណ្ឌនៃ កិច្ចព្រមព្រៀង សហប្រតិបត្តិការ ទាំងក្នុង និង ក្រៅប្រទេស ។

ឯកសារនេះនឹងត្រូវប្រើសំរាប់ជាមគ្គុទ្ទេសក៍ សំរាប់អនុវត្តសកម្មភាព របស់គំរោង US.CDC អោយមានប្រសិទ្ធភាព ហើយឯកសារនេះគឺជាឯកសារដែលនឹងមានការកែសំរួលគ្រប់ពេល យោងទៅតាមតម្រូវការជាក់ស្តែងដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹង ភាពចាំបាច់នៃភាគីទាំងសងខាង ។

-----  
**វេជ្ជ. មាន ឈីវុន**

ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍  
សើស្បែក និង កាមរោគ  
ក្រសួងសុខាភិបាល រាជាណាចក្រកម្ពុជា

ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ ២០០....

-----  
**វេជ្ជ. ខារ៉ុល សេស៊ីលស្តី**

ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលប្រយុទ្ធនឹងបង្ការជំងឺ  
របស់សហរដ្ឋអាមេរិក នៅប្រចាំនៅកម្ពុជា  
នាយកដ្ឋាន សុខាភិបាល និងមនុស្សធម៌  
របស់សហរដ្ឋអាមេរិក

ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ ២០០....

# និយាមសំរាប់អនុវត្តសកម្មភាពរបស់គំរោង

## ១ ~ សេចក្តីផ្តើម

### ១.១. គោលបំណងនៃនិយាមសំរាប់អនុវត្តសកម្មភាពគំរោង

សកម្មភាពដែលបានឧបត្ថម្ភគាំទ្រថវិកាពីប្រភពផ្សេងៗ ដែលគ្រប់គ្រងដោយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែកនិងកាមរោគនៃក្រសួងសុខាភិបាល គឺជាផ្នែកមួយនៃកម្មវិធីជាតិ ។ ក្នុងគោលបំណងធានាថាគំរោងអាចសំរេចបានដល់គោលដៅ និងគោលបំណងប្រកបដោយ តម្លាភាព និងការទទួលខុសត្រូវ វាចាំបាច់ណាស់ក្នុងការធានាថាការសំរេចចិត្តត្រូវធ្វើឡើងអោយបានទាន់ពេល ការអនុវត្តសកម្មភាពប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ ការផ្តល់ថវិកាត្រូវស៊ីសង្វាក់គ្នាទៅ នឹងផែនការផ្តល់ថវិការបស់កម្មវិធី និងការធ្វើលទ្ធកម្មត្រូវ បានតាមដានប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព ។

ដោយសារតែភាពស្មុគ្រស្មាញ និងវិសាលភាពនៃកម្មវិធីរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ និងប្រភពថវិកាផ្សេងៗគ្នាដែលផ្គត់ផ្គង់ដល់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ វាទាមទារអោយមានភាពច្បាស់លាស់ តម្លាភាព ភាពស្តង់ដារប្រព័ន្ធក្នុងការសំរេចចិត្ត និងអនុម័ត លើការអនុវត្តគំរោង ការបែងចែកថវិកា និង ការតាមដាន និងការធ្វើរបាយការណ៍ដោយទៀងទាត់ ។

- គោលបំណងរបស់និយាមនេះដើម្បីកំណត់ :
- យន្តការក្នុងការអនុម័តលើសកម្មភាពដែលមានក្នុងគំរោង
  - គំរូក្នុងការគ្រប់គ្រងថវិកាដែលគូសបញ្ជាក់ពីដំណើរការលើការអនុម័ត និងការកំណត់ចំនួនថវិកាដែលត្រូវផ្តល់ជូនតាមរយៈ មូលប្បទានប័ត្រ ឬ តាម money transfer order (MTO) និង ការរក្សាទុកប្រាក់បន្ទាប់បន្សំ
  - ពេលវេលានៃការតាមដាន និង ការធ្វើរបាយការណ៍
  - គំរូនូវដំណើរការធ្វើលទ្ធកម្មលើសំភារៈ/បរិក្ខារ សេវាកម្ម និង ការសាងសង់
  - កំរិតប្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលបានអនុញ្ញាតអំពីថ្លៃធ្វើដំណើរ ការផ្តល់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ និងការចុះអភិបាលការងារ

### ១.២. គោលការណ៍ចម្រង និងឯកសារយោងសំខាន់ៗ

គោលការណ៍ចម្រងសំរាប់ការអនុម័ត ការគ្រប់គ្រង ការធ្វើលទ្ធកម្ម ការផ្តល់ថវិកា បែបបទគណនេយ្យ និងការធ្វើ សារៈនកម្ម គឺ ផ្អែកតាមនិយាមសំរាប់អនុវត្តគំរោងរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ក្រសួងសេដ្ឋកិច្ចនិងហិរញ្ញវត្ថុ គំរោងធនាគារអភិវឌ្ឍន៍អាស៊ី (ADB) និងធនាគារពិភពលោក (World Bank) និងរួមបន្ថែមជាមួយនឹងបទពិសោធន៍របស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិដែលបានអនុវត្តគំរោងឧបត្ថម្ភដោយ ធនាគារពិភពលោក ធនាគារអភិវឌ្ឍន៍អាស៊ី

អង្គការសុខភាពពិភពលោក, Department For International Development (DFID), UK និងភ្នាក់ងារផ្តល់ជំនួយផ្សេងទៀត ។

**១.៣. សង្ខេបពីដំណើរការនៃការអនុវត្តសកម្មភាព**

ប្រព័ន្ធដែលសំខាន់នោះគឺ ដំណើរការនៃការរៀបចំផែនការនៃបទអន្តរាគមន៍ត្រូវអនុលោមទៅតាមគំរោងស្នើសុំដែលបានអនុម័ត ធ្វើដូចនេះដើម្បីធានានូវប្រសិទ្ធិភាព និងតម្លាភាពនៅក្នុងការអនុវត្តសកម្មភាព និងការអនុម័តការចំណាយ ។ ដំណើរការក្នុងការរៀបចំផែនការសកម្មភាព និងផែនការចំណាយ មានសង្ខេបដូចតារាងទី១ខាងក្រោម:

**តារាងទី ១ : សង្ខេបពីដំណើរការនៃការអនុវត្តសកម្មភាព**

ជំហាន	សកម្មភាព	ប្រភព	អនុម័តដោយ
<b>ផែនការ</b>			
១	រៀបចំគំរោងផែនការសកម្មភាពប្រចាំឆ្នាំ	ថវិកានៃកិច្ចព្រមព្រៀងសហប្រតិបត្តិការប្រចាំឆ្នាំដែលបាន អនុម័តដោយ US.CDC សំរាប់ផ្នែកនីមួយៗរបស់គំរោង	នាយក NCHADS
២	រៀបចំគំរោងផែនការសកម្មភាពសំរាប់ត្រីមាស និង ឆមាស	ផែនការសកម្មភាពប្រចាំឆ្នាំដែលបានអនុម័ត	នាយក NCHADS
<b>ការទទួលថវិកា</b>			
១	ការបង្វែរថវិកាពី US.CDC មកគណនី របស់ NCHADS	កិច្ចព្រមព្រៀងសហប្រតិបត្តិការ	នាយក NCHADS
<b>ការបើកថវិកា (disbursement)</b>			
១	NCHADS : ការបើកថវិកាពីគណនី	និយាមសំរាប់អនុវត្តគំរោងរបស់មជ្ឈមណ្ឌលនិងផែនការសកម្មភាព	នាយក NCHADS
២	<b>Subcomponents :</b> ទទួលថវិកាពី NCHADS និង ដកថវិកាពីគណនីរបស់ខ្លួន	និយាមសំរាប់អនុវត្តគំរោងរបស់មជ្ឈមណ្ឌលនិងផែនការសកម្មភាពរបស់ subcomponents	ប្រធាន subcomponent នីមួយៗ

ការងារគណនេយ្យ			
១	ការតាមដានគណនេយ្យ	ការចុះបញ្ជីចំណាយ និងឯកសារអមផ្សេងៗ	នាយក NCHADS ប្រធាន Subcomponent នីមួយៗ
២	ធ្វើរបាយការណ៍ចំណាយប្រចាំខែ	របាយការណ៍ចំណាយ និងឯកសារអមផ្សេងៗ	នាយក NCHADS ប្រធាន Subcomponent នីមួយៗ
៣	មជ្ឈមណ្ឌលជាតិរៀបចំរបាយការណ៍រួម	របាយការណ៍ចំណាយប្រចាំខែ	នាយក NCHADS
របាយការណ៍			
១	របាយការណ៍បច្ចេកទេសប្រចាំត្រីមាស (ឧបសម្ព័ន្ធ I)	កាលកំណត់ និងលក្ខខណ្ឌក្នុងកិច្ចព្រមព្រៀង និងការសម្រេចបានក្នុងរយៈពេល ៦ខែ	នាយក NCHADS , ប្រធាន Subcomponent នីមួយៗ
២	មជ្ឈមណ្ឌលជាតិរៀបចំរបាយការណ៍រួមឆមាស និង ប្រចាំឆ្នាំ	របាយការណ៍បច្ចេកទេសប្រចាំត្រីមាស របស់ Subcomponents	នាយក NCHADS

សំរាប់របាយការណ៍សកម្មភាពរួមចុងក្រោយ (Final Progress Report) គឺជាការទទួលខុសត្រូវរបស់ NCHADS ក្នុងការរៀបចំដាក់បញ្ចូលរាល់សកម្មភាពរួមរបស់គម្រោង រួចនឹងត្រូវផ្ញើទៅ US.CDC Atlanta ក្នុងកំឡុងពេល ៩០ ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីគម្រោងត្រូវបានបញ្ចប់ ។

**២ ~ ការអនុម័តលើសកម្មភាព**

មុននឹងចាប់ផ្តើមប្រើប្រាស់ថវិកាសំរាប់រយៈពេលនីមួយៗ គ្រប់ Subcomponents ត្រូវដាក់ជូនមជ្ឈមណ្ឌលជាតិនូវ គំរោងផែនការសកម្មភាពលំអិតប្រចាំឆ្នាំដើម្បីពិនិត្យ និងឯកភាព (ឧបសម្ព័ន្ធ D) ។ នាយក NCHADS និងនាយក ឬនាយករង US.CDC/GAP ប្រចាំកម្ពុជា នឹងធ្វើលិខិត ឯកភាពលើគំរោងផែនការសកម្មភាពលំអិតទាំងនេះ ។ ការឯកភាពលើគំរោងផែនការនេះ គឺជាការអនុម័តអោយអនុវត្ត រាល់សកម្មភាពទាំងអស់របស់គំរោងផែនការសកម្មភាព។ ការអនុម័តបន្ថែមទៀត នឹងត្រូវអោយមាន ក្នុងករណីបើមានការផ្លាស់ប្តូរសំខាន់នៅក្នុងផែនការសកម្មភាពលំអិត ឬ ថវិកា ក្នុងចន្លោះ ខ្ទង់ថវិកា (Budget line items) និង សរុបប្រភេទខ្ទង់ថវិកា (Budget category) នីមួយៗ នៅក្នុង កំរិតដូចខាងក្រោម៖

- ការបន្ថែមថវិកាលើ ខ្នងថវិកា នីមួយៗ ក្នុងកំរិតទឹកប្រាក់ក្រោម ៥.០០០ ដុល្លា : នាយក NCHADS មានសិទ្ធិ អនុម័ត លើការសុំផ្លាស់ប្តូរនេះ ( លិខិតស្នើសុំពី NCHADS រឺ Subcomponents) ដោយគ្រាន់តែជូនដំណឹង មក US.CDC/GAP ប្រចាំកម្ពុជា ដើម្បីទុកជាឯកសារយោង ។
- ការបន្ថែមថវិកាលើ ខ្នងថវិកា នីមួយៗ ក្នុងកំរិតទឹកប្រាក់ចាប់ពី ៥.០០០ ដុល្លា ឡើងទៅ : ទាមទា អោយមានលិខិត អនុម័តជាលាយលក្ខណ៍ ពី US.CDC/GAP ប្រចាំកម្ពុជា ។ NCHADS រឺ Subcomponents គប្បីផ្ញើ លិខិត ស្នើសុំទៅ US.CDC/GAP ប្រចាំកម្ពុជា ។
- ក្នុងប្រភេទខ្នងថវិកាសំរាប់បុគ្គលិក និង អ្នកម៉ៅការ(Contractor): អនុញ្ញាតិបានចំពោះ តែការផ្ទេរថវិកា ចេញពីប្រភេទខ្នង ទាំងនោះ ទៅប្រភេទខ្នងដទៃ ក្នុងករណីបន្ថែមថវិកាទៅលើប្រភេទខ្នងទាំងនោះ ទាមទាអោយមាន លិខិត អនុម័តជា លាយលក្ខណ៍ ។
- ចំណាយរបស់សកម្មភាពទាំងឡាយណា ដែលគ្មាននៅក្នុងផែនការដែលបានអនុម័ត ទាមទារសុំការអនុញ្ញាតិ ជាលាយលក្ខណ៍ ពី US.CDC/GAP ប្រចាំកម្ពុជា ។
- ប្រសិនបើ ខ្នងថវិកាណាមួយ នៃ ប្រភេទថវិកា “ Personnel, Fringe Benefits, Travel, Supplies, Equipment, Contractual, Other ” មិនមានថវិកាអនុម័ត នៅក្នុង Notice of Grand Awards គប្បី រៀបចំ លិខិត ទៅ US.CDC – Atlanta ដើម្បីសុំការអនុម័ត កែតម្រូវលើតំរាងថវិកា ។

ផែនការសកម្មភាពលំអិតនេះ រួមជាមួយនិង សង្ខេបតំរាងចំណាយតាមខ្នងថវិកា និង តំរាងផែនការលទ្ធកម្ម ក្នុងរយៈពេលនៃថវិកាអនុម័ត (ឧបសម្ព័ន្ធ E ) ដែលផែនការទាំង ៣ នេះ (សកម្មភាព បែងចែកថវិកា និងលទ្ធកម្ម) នឹងត្រូវបញ្ជូនមកមជ្ឈមណ្ឌលជាតិដើម្បី ពិនិត្យនិងសំរេច និងចំលងជូនការិយាល័យ US.CDC/GAP ប្រចាំនៅកម្ពុជា ។

**តារាងទី ២ : សង្ខេបពីយន្តការនៃការអនុម័ត**

ផែនការ	រៀបចំដោយ	អនុម័តដោយ	ផ្តល់ព័ត៌មានជូន
ផែនការប្រចាំឆ្នាំ	NCHADS និង Subcomponents	នាយក NCHADS និង នាយក ឬ នាយករង US.CDC/GAP ប្រចាំកម្ពុជា	
ផែនការប្រចាំ ត្រីមាស និង ឆមាស	NCHADS និង Subcomponents	នាយក NCHADS	ការិយាល័យ US.CDC/GAP ប្រចាំនៅ កម្ពុជា

### ៣ ~ ការអនុម័តលើការងារហិរញ្ញវត្ថុ

#### ៣.១. គណនីនៅធនាគារ

Subcomponent នីមួយៗ ត្រូវរក្សាទុកថវិការបស់គំរោងនៅក្នុងគណនីមួយដាច់ដោយឡែក ។ គណនីសំរាប់គំរោង គប្បីបើកនៅធនាគារពាណិជ្ជកម្មក្រៅប្រទេសនៃកម្ពុជា ឬ ធនាគារជាតិនៃកម្ពុជា ឬ ធនាគារអេស៊ីលីដា (ACLEDA) សំរាប់ Subcomponents នៅតាមខេត្ត ។ ថវិការបស់ កិច្ចព្រមព្រៀងសហប្រតិបត្តិការ (គំរោង US.CDC/GAP ) ត្រូវ ដាក់តំកល់ដោយឡែកពី ថវិកាដទៃផ្សេងៗ ប្រសិនបើប្រព័ន្ធគណនីយុទ្ធសាស្ត្រអាចបែងចែកបាន គប្បីត្រូវបង្កើត គណនីមួយផ្សេង ដោយឡែកពីថវិកាដទៃ ។

#### ៣.២. ការអនុម័តលើការបើកប្រាក់

ការបើកប្រាក់ (សំរាប់ប្រតិបត្តិការមួយ) ដែលមានចំនួនទឹកប្រាក់ចាប់ពី ៥០០ដុល្លា ឡើងទៅ សំរាប់គ្រប់ខ្នងចំណាយទាំងអស់ របស់គំរោង ត្រូវអោយមានការអនុម័តដោយ នាយក NCHADS ។

ការបើកប្រាក់ (សំរាប់ប្រតិបត្តិការមួយ) ដែលមានចំនួនទឹកប្រាក់ក្រោម ៥០០ដុល្លា សំរាប់គ្រប់ខ្នងចំណាយទាំងអស់ របស់គំរោង ត្រូវអោយមានការអនុម័តដោយ អនុប្រធាន NCHADS (Deputy Director of NCHADS) រឺ នាយក NCHADS ។

សំរាប់ការអនុម័តលើ មូលប្បទានប័ត្រ ទាមទារអោយមាន ហត្ថលេខាពីរនាក់ គឺ នាយក NCHADS ជាមួយប្រធាន គណនេយ្យ សំរាប់ប្រតិបត្តិការនៅ NCHADS ហើយ សំរាប់ប្រតិបត្តិការនៅ Subcomponents គឺ ប្រធាន Subcomponent ជាមួយនិង គណនេយ្យ រឺ ប្រធានការិយាល័យអេដស៍ខេត្ត (PAO Manager) ។

ការស្នើសុំអនុម័តដោយនាយកNCHADSនិងSubcomponents ត្រូវផ្អែកលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដូច ខាងក្រោម

- ការមានថវិកានៅក្នុងគណនី
- ការចំណាយសមស្របនឹងថវិកាដែលបានលើកនៅក្នុងផែនការ
- ការចំណាយសមស្របទៅនឹងគោលការណ៍លទ្ធកម្មរបស់រដ្ឋាភិបាលអាមេរិក
- តម្លាភាពនៃប្រតិបត្តិការ
- ការបើកថវិកាគោរពតាមគោលការណ៍ និង
- មានឯកសារអមគ្រប់គ្រាន់សំរាប់ការធ្វើសារវនកម្ម

រាល់ការបើកប្រាក់ទាំងអស់នៅគ្រប់កំរិតថវិកា (thresholds) នឹងត្រូវតាមដានប្រចាំខែ ហើយរបាយការណ៍ស្ថានភាព ហិរញ្ញវត្ថុរបស់គំរោង (FSR) (ឧបសម្ព័ន្ធ H ) នឹងត្រូវផ្ញើទៅ US.CDC Atlanta ក្នុងកំឡុងពេល ៩០ ថ្ងៃបន្ទាប់ពីគំរោងត្រូវបានបញ្ចប់ ។ ដើម្បីសំរួលដល់ការតាមដានត្រូវដាក់បញ្ចូលនូវ បញ្ជីទូទាត់ចំណាយសង្ខេប និងតារាងតុល្យភាពថវិកា ទៅក្នុង របាយការណ៍ហិរញ្ញវត្ថុប្រចាំខែ (ឧបសម្ព័ន្ធ G ) ។

**៣.៣. ការបើកប្រាក់បេឡា (Petty cash)**

ការបើកថវិកាជាសាច់ប្រាក់ មានការលំបាកក្នុងការគ្រប់គ្រង ជាពិសេសនៅក្នុងករណីមានការចំណាយ និង ការស្នើសុំថវិកាមានចំនួនច្រើន ។ ដើម្បីអោយមានភាពងាយស្រួលធ្វើការផ្សេងផ្ទាត់នៅពេលធ្វើសារវនកម្ម ប័ណ្ណចំណាយ (disbursement vouchers) ត្រូវបានអនុញ្ញាតិអោយប្រើប្រាស់ ។ ដូច្នេះ ការបើកប្រាក់បេឡាត្រូវធ្វើឡើងដោយ ប្រើប័ណ្ណចំណាយ នៅក្នុងគ្រប់ករណីដែលអាចធ្វើទៅបាន ។ ក្នុងករណីដែលមានការប្រើប្រាស់ប្រាក់បេឡាត្រូវបាន គេអនុវត្តជាទូទៅនោះ ការកំរិតចំនួនថវិកាតំរូវឱ្យមាន ដូចក្នុងតារាងខាងក្រោមនេះ ៖

**តារាងទី ៣ : ការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ប្រាក់បេឡា**

**កំរិតអតិបរមានៃការរក្សាទុកប្រាក់បេឡា**

Subcomponents នៅតាមបណ្តាខេត្ត	៣.០០០ ដុល្លា
មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ និង Subcomponents នៅភ្នំពេញ	១.០០០ ដុល្លា

**កំរិតអតិបរមានៃការចំណាយប្រាក់បេឡា ក្នុងមួយប្រតិបត្តិការ**

Subcomponents នៅតាមបណ្តាខេត្ត និង ក្រុងដទៃពី ភ្នំពេញ	២.០០០ ដុល្លា
មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ និង Subcomponents នៅភ្នំពេញ	៥០០ ដុល្លា

ចំនួនអតិបរមាដែលអាចបើកប្រាក់បេឡា សំរាប់ NCHADS និង Subcomponents នៅភ្នំពេញ សំរាប់ប្រតិបត្តិការមួយ គឺ មានចំនួន ៥០០ ដុល្លា។ រាល់សំណើសុំត្រូវធ្វើឡើងដោយមន្ត្រីបច្ចេកទេស ឬគណនេយ្យករ របស់គំរោង ដោយមានការ អនុម័តពី នាយក ឬនាយករង NCHADS រឺ ប្រធាន Subcomponents ។ រាល់ការចំណាយនឹងត្រូវត្រួតពិនិត្យ មុននឹង ធ្វើការបំពេញទឹកប្រាក់វិញ យ៉ាងហោច ១ខែម្តង ដោយ នាយក ឬ អនុប្រធាន NCHADS រឺ ប្រធាន Subcomponents ។

ចំនួនអតិបរមាដែលអាចបើកប្រាក់បេឡាសំរាប់ Subcomponents នៅតាមបណ្តាខេត្ត និង ក្រុងដទៃពី ភ្នំពេញ សំរាប់ប្រតិបត្តិការមួយ គឺ មានចំនួន ២០០០ ដុល្លា ។ រាល់សំណើសុំត្រូវធ្វើឡើងមន្ត្រីបច្ចេកទេស ឬគណនេយ្យករ របស់ គំរោង ដោយមានការឯកភាពពី ប្រធាន Subcomponent ។ រាល់ការចំណាយ នឹងត្រូវត្រួតពិនិត្យមុននឹងធ្វើការ បំពេញទឹកប្រាក់វិញ យ៉ាងហោច ១ខែ ម្តង ដោយប្រធាន Subcomponent ។



ដើម្បីសម្រួលដល់ការតាមដាន គណនេយ្យករ របស់ NCHADS និង Subcomponents ត្រូវទទួលខុសត្រូវ ក្នុងការធានាថារាល់គណនីនៅធនាគារ និង គណនីប្រាក់បេឡានីងត្រូវធ្វើការផ្សំផ្គត់ផ្គង់ (Reconcile) ជារៀងរាល់ខែ ។ ឯកសារចំណាយទាំងអស់នៃប្រាក់បេឡានីង និងត្រូវដាក់ភ្ជាប់ជាមួយឯកសារស្នើសុំបំពេញបន្ថែមថ្មី នៅរាល់ពេល ស្នើសុំបំពេញ ប្រាក់បេឡានីងបន្ថែម ។

**តារាងទី ៤ : សង្ខេបលើការអនុម័តថវិកា**

កំរិតថវិកា ( ដុល្លារ ) Threshold	សិទ្ធិក្នុងការអនុម័ត	សិទ្ធិចុះហត្ថលេខាអនុម័ត លើ មូលប្បទានប័ត្រ	សិទ្ធិចុះហត្ថលេខា អនុម័តលើ សាច់ប្រាក់	ស្នើរដោយ
<b>សំរាប់ NCHADS</b>				
= > ៥០០ ដុល្លារ	នាយក NCHADS	នាយក NCHADS និង ប្រធានគណនេយ្យ	នាយក NCHADS	ផ្នែកជំនាញនៃ NCHADS រឺប្រធាន Subcomponents
< ៥០០ ដុល្លារ	នាយក រឺ នាយករង NCHADS	នាយកប្បនាយករង NCHADS និង ប្រធានគណនេយ្យរបស់ NCHADS	នាយក រឺ នាយករង NCHADS	ផ្នែកជំនាញនានានៃ NCHADS រឺ ប្រធាន Subcomponents
<b>សំរាប់ Subcomponents</b>				
< ១០.០០០ ដុល្លារ	ប្រធាន Subcomponent និមួយៗ	ប្រធាន Subcomponent និង គណនេយ្យករ រឺ ប្រធានការិយាល័យអេដ ស័ខេត្ត (PAO Manager)	ប្រធាន Subcomponent និមួយៗ	គណនេយ្យកររបស់ Subcomponent និមួយៗ
= > ១០.០០០ ដុល្លារ	នាយក NCHADS	នាយក NCHADS និង ប្រធានគណនេយ្យ	នាយក NCHADS	គណនេយ្យកររបស់ Subcomponent និមួយៗ

**៣.៤. ការបើកប្រាក់បុរេប្រទាន (Advances)**

ការបើកប្រាក់បុរេប្រទាន លើកដំបូង សំរាប់អនុវត្តសកម្មភាពរបស់កម្មវិធីទៅអោយ Subcomponent និមួយៗ ត្រូវផ្អែកទៅលើនីតិវិធីបង្វិលថវិកា (Revolving Fund) ។ ៣ខែមុនពេលបញ្ចប់នៃថវិកាអនុម័តប្រចាំឆ្នាំ គប្បីត្រូវ បញ្ឈប់ការអនុវត្តនីតិវិធីបង្វិលថវិកា ដោយថវិការនឹងត្រូវបំពេញបន្ថែម ដោយផ្អែកលើតម្រូវការជាក់ស្តែង សមស្រប ទៅតាម ថវិកាអនុម័ត សំរាប់ត្រ១៣០

មាស ចុងក្រោយ ។

ចំនួនអតិបរមាក្នុងការបើកប្រាក់បុរេប្រទាន លើកដំបូង សំរាប់ Subcomponent ត្រូវបានកំណត់ មិនអោយលើសពី ២០% នៃថវិកា ប្រចាំឆ្នាំ របស់ Subcomponent និមួយៗ ។

**៣.៥. ការបើកប្រាក់បុរេប្រទានសំរាប់វគ្គបណ្តុះបណ្តាល ឬសកម្មភាពផ្សេងៗ**

ការបើកប្រាក់បុរេប្រទានសំរាប់រៀបចំវគ្គបណ្តុះបណ្តាល ឬសកម្មភាពផ្សេងៗ នឹងត្រូវធ្វើការទូទាត់វិញ មិនអោយ លើសពី ៦០ ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីសកម្មភាពនិមួយៗបានបញ្ចប់ ។

**៣.៦. ការបំពេញទឹកប្រាក់បន្ថែម**

នៅដំណាច់ខែនិមួយៗ ឬនៅពេលដែលសមតុល្យប្រាក់បុរេប្រទានលើកដំបូងនៅសល់តិចជាង៥០% នៃចំនួន ទឹកប្រាក់អតិបរមា Subcomponent នឹងដាក់ជូនមជ្ឈមណ្ឌលជាតិនូវរបាយការណ៍ចំណាយ (Statement of Expenditure) និងឯកសារអមផ្សេងៗ ដើម្បីបញ្ជាក់អំពីការចំណាយដែលបានកើតឡើង (ឧបសម្ព័ន្ធទី ៦) ។ NCHADS នឹងពិនិត្យមើល និង បំពេញទឹកប្រាក់បន្ថែមជូន ។

**៣.៧. ការធ្វើសវនកម្ម (Audits)**

ដើម្បីធានាឱ្យមាននូវតម្លាភាព ការទទួលខុសត្រូវ និងស្របតាមលក្ខខណ្ឌបានចែង ក្នុងកិច្ចព្រមព្រៀង សហប្រតិបត្តិការ របស់គំរោង គណនីរបស់គំរោងនឹងត្រូវធ្វើសវនកម្មជាប្រចាំរាល់ឆ្នាំ ប្រសិនបើថវិកាចំណាយ សរុប ប្រចាំឆ្នាំរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ មានចំនួនចាប់ពី ៥០០.០០០ ដុល្លារ ឡើងទៅ នៅក្រោមគំរោងជំនួយ តែមួយ រឺ ច្រើនរបស់ នាយកដ្ឋាន សុខាភិបាល និងមនុស្សធម៌ របស់សហរដ្ឋអាមេរិក (ជាអ្នកទទួលដោយផ្ទាល់ រឺ ដោយ ប្រយោល) ។

**៤ ~ កាលវិភាគនៃការតាមដាន និងការធ្វើរបាយការណ៍**

NCHADS និង គ្រប់ Subcomponent ទាំងអស់ត្រូវរៀបចំ របាយការណ៍ហិរញ្ញវត្ថុប្រចាំខែ និងរបាយការណ៍សកម្មភាព ប្រចាំឆមាស ដាក់ជូន នាយក NCHADS និងចំលងជូនការិយាល័យ US.CDC/GAP

ប្រចាំនៅកម្ពុជា ។ NCHADS ទទួលបន្ទុកក្នុងការប្រមូល ចងក្រងរាល់របាយការណ៍សកម្មភាពទាំងអស់ ដែលធ្វើឡើងដោយ Subcomponent និង ធ្វើ របាយការណ៍ទាំងនោះទៅ US.CDC Atlanta ។

**តារាងទី ៥ : សង្ខេបលើការងាររៀបចំរបាយការណ៍**

របាយការណ៍	ប្រភេទ	រៀបចំដោយ	ដាក់ជូន	កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់	ចំលងជូន
របាយការណ៍ ហិរញ្ញវត្ថុ ប្រចាំខែ	ហិរញ្ញវត្ថុ	NCHADS និង Subcomponent	នាយក NCHADS	១៥ ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីខែ រាយការណ៍	
របាយការណ៍ ស្ថានភាព ហិរញ្ញវត្ថុ ប្រចាំឆ្នាំ	ហិរញ្ញវត្ថុ	NCHADS	US.CDC Atlanta	៩០ ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីបញ្ចប់ នៃ រយៈពេល ថវិកាអនុម័ត	US.CDC/GAP ប្រចាំនៅកម្ពុជា
របាយការណ៍ សាវនកម្មប្រចាំឆ្នាំ	ហិរញ្ញវត្ថុ	ក្រុមហ៊ុនសាវនកម្ម (US. based audit firm)	នាយក NCHADS និង US.CDC Atlanta	កំឡុង ៩ ខែ បន្ទាប់ពីបញ្ចប់ នៃ រយៈពេល ថវិកាអនុម័ត	US.CDC/GAP ប្រចាំនៅកម្ពុជា
របាយការណ៍ សកម្មភាព ប្រចាំត្រីមាស	សកម្មភាព	NCHADS និង Subcomponent	នាយក NCHADS និង US.CDC Atlanta	៣០ ថ្ងៃ បន្ទាប់ពី ត្រីមាស រាយការណ៍	US.CDC/GAP ប្រចាំនៅកម្ពុជា
របាយការណ៍ សកម្មភាព ប្រចាំឆ្នាំ	សកម្មភាព	NCHADS	US.CDC Atlanta	៩០ ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីបញ្ចប់ នៃ រយៈពេល ថវិកាអនុម័ត	US.CDC/GAP ប្រចាំនៅកម្ពុជា

**៥ ~ នីតិវិធីនៃការធ្វើលទ្ធកម្ម និង កំរិតកំរែងអប្បបរមា (CEILINGS)**

គ្រប់ការធ្វើលទ្ធកម្មទាំងអស់នឹងត្រូវធ្វើឡើងដោយយោងតាមនីតិវិធី ដូចតទៅ:

**៥.១. ការធ្វើលទ្ធកម្មលើសំភារៈបរិក្ខារ**

រាល់ការធ្វើលទ្ធកម្មទាំងអស់ដោយប្រើប្រាស់វិធានការបស់កិច្ចព្រមព្រៀង និងត្រូវធ្វើឡើងដោយ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ ប្រយុទ្ធ និង ជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ ។ បុគ្គលិកលទ្ធកម្ម (US.CDC/GAP contract staff) នៅ NCHADS មានតួនាទីក្នុងការ ទិញ និង ជៀវ ទំនិញ និង សេវា និង ទទួលខុសត្រូវលើការលទ្ធកម្មផ្សេងៗ ដែលមាននៅក្នុងផែនការលទ្ធកម្ម ក្នុងរយៈពេលនៃ កិច្ចព្រមព្រៀងសហប្រតិបត្តិការ ។

គ្រប់ Subcomponent ទាំងអស់ត្រូវបានអនុញ្ញាតិអោយប្រើប្រាស់នីតិវិធីទិញធម្មតា (ការទិញដែលតំលៃតិចជាង ៥០០ ដុល្លារ) ។

**៥.១.១. អតិបរមានៃការអនុម័ត**

ចំពោះទំនិញដែលមានតំលៃតិចជាង ៥០០ ដុល្លារ ការទិញធ្វើដោយមិនចាំបាច់មានសំណើសំរង់តំលៃ (quotations) ។ ចំពោះទំនិញដែលមានតំលៃចាប់ពី ៥០០ ដុល្លារ ទៅ ៨០.០០០ ដុល្លារ ត្រូវអនុវត្តតាមនីតិវិធីទិញដោយផ្ទាល់ : តំរូវឱ្យមាន សំណើសំរង់តំលៃ ចំនួន៣ យ៉ាងតិច ហើយត្រូវ គោរពតាមគោលការណ៍ណែនាំ និង លិខិតស្នើសុំឱ្យដាក់តំលៃ ការវាយតំលៃលើ quotations និងការចុះកិច្ចសន្យា ។ល។ (ឧបសម្ព័ន្ធ A) : សង្ខេបអំពីដំណើរការនៃការធ្វើ លទ្ធកម្ម និង តំរូវធ្វើលទ្ធកម្មលើសំភារៈបរិក្ខារ) ។

ចំពោះទំនិញដែលមានតំលៃចាប់ពី ៨០.០០០ ដុល្លារ ទៅ ១០០.០០០ ដុល្លារ ត្រូវអនុវត្តតាមនីតិវិធីដេញថ្លៃ កំរិតថ្នាក់ជាតិ (National Competitive Bidding) ។

ចំពោះទំនិញដែលមានតំលៃលើពី ១០០.០០០ ដុល្លារ ត្រូវអនុវត្តតាមនីតិវិធីដេញថ្លៃកំរិតអន្តរជាតិ (International Competitive Bidding) ។

ការដេញថ្លៃកំរិតជាតិ និងអន្តរជាតិ នឹងត្រូវគោរពតាមនិយាមលទ្ធកម្មរបស់ក្រសួងសេដ្ឋកិច្ច និងហិរញ្ញវត្ថុ របស់គំរោងដែលបានទទួលវិភាគដោយធនាគារអភិវឌ្ឍន៍អាស៊ី និងធនាគារពិភពលោក ។

ចំពោះសំភារៈបរិក្ខារ ដែលមានតំលៃតិចជាង ២៥.០០០ ដុល្លារ នាយក NCHADS មានសិទ្ធិអនុម័ត និងជ្រើសរើស អ្នកផ្គត់ផ្គង់ ។

ចំពោះសំភារៈបរិក្ខារដែលមានតំលៃចាប់ពី ២៥.០០០ ដុល្លារ ឡើងទៅ នាយក NCHADS មានសិទ្ធិអនុម័ត និង មានការចូលរួមពីតំណាងការិយាល័យ US.CDC/GAP ប្រចាំនៅកម្ពុជា ក្នុងការវាយតំលៃលើសំណើសំរង់តំលៃ និងជ្រើសរើស អ្នក ផ្គត់ផ្គង់ ។

**តារាងទី ៦ : កំរិតទឹកប្រាក់អប្បបរមាសំរាប់ធ្វើលទ្ធកម្មលើសំភារៈបរិក្ខារ**

កំរិតទឹកប្រាក់អប្បបរមាដើម្បីអនុម័តក្នុងការធ្វើលទ្ធកម្មលើសំភារៈបរិក្ខារមានក្នុងតារាង :

តំលៃ	អនុម័ត	នីតិវិធី
< ៥០០ ដុល្លារ	នាយក NCHADS និង ប្រធាន Subcomponent	ទិញដោយផ្ទាល់
៥០០ ដុល្លារ ទៅ ២៥.០០០ ដុល្លារ	នាយក NCHADS	យ៉ាងហោចណាស់មានសំណើសំរង់តំលៃចំនួន ៣
២៥.០០០ ដុល្លារ ទៅ ៨០.០០០ ដុល្លារ	នាយក NCHADS និងមានការចូលរួម វាយតំលៃលើសំណើសំរង់តំលៃពីតំណាង ការិយាល័យ US.CDC/GAP ប្រចាំនៅកម្ពុជា	យ៉ាងហោចណាស់មានសំណើសំរង់តំលៃចំនួន ៣
៨០.០០០ ដុល្លារ ទៅ ១០០.០០០ ដុល្លារ	នាយក NCHADS និងមានការចូលរួម ក្នុងការវាយតំលៃលើការដេញថ្លៃ ពីតំណាងការិយាល័យ US.CDC/GAP ប្រចាំនៅកម្ពុជា	ការដេញថ្លៃកំរិតជាតិ
= > ១០០.០០០ ដុល្លារ	នាយក NCHADS និងមានការចូលរួម ក្នុងការវាយតំលៃលើការដេញថ្លៃ ពីតំណាងការិយាល័យ US.CDC/GAP ប្រចាំនៅកម្ពុជា	ការដេញថ្លៃកំរិតអន្តរជាតិ

**៥.១.២. អចនវត្ថុ និង ការចុះបញ្ជីសារពើភ័ណ្ណ**

គ្រប់អចនវត្ថុទាំងអស់ដែលបានទិញដោយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិដោយប្រើប្រាស់ថវិការបស់គំរោង ត្រូវបិទផ្នែក និង ចុះក្នុងបញ្ជី "អចនវត្ថុ និង ការចុះបញ្ជីសារពើភ័ណ្ណ" (ឧបសម្ព័ន្ធ J) ។ តារាងនៃការចុះបញ្ជីត្រូវឱ្យមាននូវព័ត៌មាន មួយចំនួនដូចតទៅ :

- ចំណាត់ថ្នាក់នៃវត្ថុ
- ផ្នែកលេខ
- ការបរិយាយ
- កាលបរិច្ឆេទទិញ
- ចំនួន
- ទឹកនឹង និង លក្ខខណ្ឌរបស់វត្ថុ

អចនវត្ថុដែលទទួលបានថ្មី ត្រូវចុះបញ្ជីសារពើភ័ណ្ឌឱ្យបានឆាប់បំផុត( អំឡុងពេល១ខែ) ។ ជាងនេះទៅទៀត ការចុះបញ្ជីសារពើភ័ណ្ឌត្រូវធ្វើ ឡើង ២ ដង ក្នុង ១ ឆ្នាំ មុនពេលសារវនកម្ម ។

**៥.២. ការធ្វើលទ្ធកម្មលើសេវាកម្ម : បុគ្គល ក្រុមហ៊ុន**

**៥.២.១. ឯកសារយោងសំខាន់ៗ**

**កិច្ចសន្យាលើការបំពេញការងារ (APW)**

ចំពោះសេវាកម្មមានតំលៃចាប់ពី **៥០០ដុល្លា** ដូចជា ការបកប្រែ ការវាយអត្ថបទ ការបញ្ជូលទិន្នន័យ ការថតចម្លង ការផ្គត់ផ្គង់សម្ភារៈ ការថែរក្សា ឬ ការជួសជុល ត្រូវប្រើ កិច្ចសន្យាបំពេញការងារ (APW) ។ គំរូឯកសារទាំងនេះ មានក្នុងឧបសម្ព័ន្ធទី ២ ដោយបញ្ជាក់ពី ឈ្មោះ និង អាស័យដ្ឋាន របស់បុគ្គលដែលចុះកិច្ចសន្យា សេវាកម្មដែលផ្តល់ជូន និង ចំនួនថវិកានៅកិច្ចសន្យាបំពេញការងារ ។ កិច្ចសន្យាបំពេញការងារអនុម័ត និង ចុះហត្ថលេខាដោយ នាយក NCHADS ឬ ប្រធាន Subcomponent ។

**៥.២.២. ទីប្រឹក្សាជាបុគ្គល**

ចំពោះទីប្រឹក្សាអន្តរជាតិ និង ក្នុងស្រុក ជាបុគ្គល ត្រូវជ្រើសរើសដោយ NCHADS និង Subcomponent ដោយមានការ ចូលរួម វាយតំលៃពីតំណាងការិយាល័យ US.CDC/GAP ប្រចាំនៅកម្ពុជា ។ នីតិវិធីដូចខាងក្រោម នឹងត្រូវអនុវត្ត :

**តារាងទី ៧ : សង្ខេបអំពីដំណើរការជ្រើសរើសទីប្រឹក្សាជាបុគ្គល**

ជំហាន	សកម្មភាព	អ្នកប្រតិបត្តិ	អនុម័ត
១	រៀបចំ Terms of Reference និង លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យក្នុងការវាយតំលៃ	NCHADS និង Subcomponent	US.CDC/GAP ប្រចាំនៅកម្ពុជា

២	<p>ការផ្សព្វផ្សាយ :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• សារពត៌មានក្នុងស្រុក ឬ គេហទំព័ររបស់ NCHADS</li> <li>• សារពត៌មានអន្តរជាតិ ឬ គេហទំព័ររបស់ NCHADS</li> </ul>	NCHADS និង Subcomponent	NCHADS និង Subcomponent
៣	ប្រមូលប្រវត្តិរូប និង រៀបតារាងឈ្មោះ	NCHADS និង Subcomponent	NCHADS និង Subcomponent
៤	ចាត់តាំងគណៈកម្មការជ្រើសរើស	NCHADS និង Subcomponent	NCHADS
៥	វាយតម្លៃប្រវត្តិរូប និង រៀបតារាង ឈ្មោះខ្លី (២-៣ បេក្ខជន)	គណៈកម្មការជ្រើសរើស៖ NCHADS និង Subcomponent	NCHADS និង Subcomponent និងចូលរួម ក្នុងការវាយតម្លៃ លើ ការជ្រើសរើស បេក្ខជន (ត្រូវមានតំណាងការិយាល័យ US.CDC/GAP ប្រចាំនៅកម្ពុជា សំរាប់ ទីប្រឹក្សាបរទេស)
៦	ការសម្ភាសន៍	គណៈកម្មការ : NCHADS និង Subcomponent	NCHADS និង Subcomponent និងត្រូវមានតំណាងជាអ្នកបច្ចេកទេសពី US.CDC/GAP ប្រចាំនៅកម្ពុជា និងចូលរួម ក្នុងការវាយតម្លៃ លើ ការជ្រើសរើស បេក្ខជន
៧	ជ្រើសរើស ចរចាវាយតម្លៃ ពេលចាប់ផ្តើមការងារ ។ល ។	គណៈកម្មការ៖ NCHADS និង Subcomponent	NCHADS និង Subcomponent និងត្រូវមានតំណាងជាអ្នកបច្ចេកទេសពី US.CDC/GAP ប្រចាំនៅកម្ពុជា និងចូលរួម ក្នុងការវាយតម្លៃ លើ ការជ្រើសរើស បេក្ខជន

៨	ពង្រឹងកិច្ចសន្យា កំណត់តំលៃ	NCHADS	NCHADS
៩	បេក្ខជន ចុះកិច្ចសន្យាទទួលការងារ	NCHADS និង Subcomponent	NCHADS US.CDC/GAP ប្រចាំនៅកម្ពុជា

នីតិវិធីនៃការជ្រើសរើសដោយផ្ទាល់ អាចនឹងត្រូវអនុវត្តនៅក្នុងករណី ដែលមានបុគ្គលមានសមត្ថភាព តែម្នាក់ ដើម្បីអនុវត្ត សកម្មភាពណាមួយ ឬ តួនាទីណាមួយជាក់លាក់ ។ ការធ្វើរបាយការណ៍លើ ការជ្រើសរើស ប្រភពតែមួយនោះឬបុគ្គល តែម្នាក់នោះត្រូវរៀបចំដោយបញ្ជាក់ឱ្យបានច្បាស់លើការជ្រើសរើសផ្ទាល់និង ដាក់ជូនប្រធាន មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ និង ការិយាល័យ US.CDC/GAP ប្រចាំនៅកម្ពុជាដើម្បីធ្វើការអនុម័ត ។ គំរូកិច្ចសន្យាដែល ត្រូវយកប្រើមានក្នុង **ឧបសម្ព័ន្ធ B** ។

**៥.២.៣. ប្រឹក្សាជាក្រុមហ៊ុន**

នីតិវិធីក្នុងការជ្រើសរើសក្រុមហ៊ុនមានបង្ហាញក្នុងតារាងទី ៨ ដូចខាងក្រោម :

**តារាងទី ៨ : សង្ខេបអំពីដំណើរការជ្រើសរើសទីប្រឹក្សាក្រុមហ៊ុន**

ជំហាន	សកម្មភាព	អ្នកប្រតិបត្តិ	អនុម័ត
១	រៀបចំ Terms of Reference និង លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យក្នុងការវាយតំលៃ	NCHADS និង Subcomponent	US.CDC/GAP ប្រចាំ នៅកម្ពុជា
២	<ul style="list-style-type: none"> <li>ផ្សព្វផ្សាយ TOR (Expressions of Interest)</li> <li>សារពត៌មានក្នុងស្រុក ឬ គេហទំព័ររបស់ NCHADS</li> <li>សារពត៌មានអន្តរជាតិ ឬ គេហទំព័ររបស់ NCHADS / CDC ប្រចាំនៅកម្ពុជា</li> </ul>	NCHADS	NCHADS
៣	រៀបតារាងឈ្មោះ	NCHADS	NCHADS



៤	ចាត់តាំងគណៈកម្មការជ្រើសរើស	NCHADS	NCHADS
៥	វាយតម្លៃ	គណៈកម្មការ : NCHADS និង Subcomponent	NCHADS និង តំណាងជាអ្នកបច្ចេកទេស ពី US.CDC/GAP ប្រចាំនៅកម្ពុជា នឹងចូលរួម ក្នុងការវាយ តម្លៃ លើ ការជ្រើស រើស
៦	ជ្រើសរើស ចរចាវាយតម្លៃ ពេលចាប់ផ្តើមការងារ	គណៈកម្មការ NCHADS និង Subcomponent	NCHADS និង តំណាងជាអ្នកបច្ចេកទេស ពី US.CDC/GAP ប្រចាំនៅកម្ពុជា នឹងចូលរួម ក្នុងការវាយ តម្លៃ លើ ការជ្រើស រើស
៧	ពង្រឹងកិច្ចសន្យា កំណត់តម្លៃ	NCHADS	NCHADS និង US.CDC/GAP ប្រចាំ នៅកម្ពុជា
៨	ចុះកិច្ចសន្យា	NCHADS និង Subcomponent	NCHADS

**៥.៣. ការធ្វើលទ្ធកម្មលើការងារសំណង់**

ចំពោះការជួសជុល ឬការសាងសង់មានថវិកាចំនួន **២៥.០០០ ដុល្លារ** គ្រូអនុវត្តតាមនីតិវិធីដូចតទៅនេះ :

១. ការជួសជុល ឬ សាងសង់ ត្រូវតែមាននៅក្នុងផែនការសកម្មភាពប្រចាំឆ្នាំ និងប្រចាំឆមាស

២. បង្កើតក្រុមការងារវាយតម្លៃ ដែលមានសមាសភាព : វិស្វករ ១ រូប មកពី ក្រសួងសុខាភិបាល ឬជួលពីខាងក្រៅ មន្ត្រីធ្វើការងារលទ្ធកម្មនៅ NCHADS និង តំណាងផ្នែកជំនាញពាក់ព័ន្ធនៃ NCHADS និង Subcomponent ។
៣. ក្រុមការងារវាយតម្លៃ ត្រូវចុះពិនិត្យកន្លែងដែលស្នើសាងសង់ ហើយ សរសេររបាយការណ៍នៃការវាយតម្លៃនោះ ដោយត្រូវមានការយល់ព្រមពីសមាជិកគ្រប់ៗគ្នា ហើយបន្ទាប់មក ផ្ញើរបាយការណ៍នោះជូននាយក NCHADS ។
- របាយការណ៍ ត្រូវរៀបរាប់អំពីហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធដែលមានស្រាប់ប្រសិនបើមានលើកផែនការសំរាប់ជួសជុល ឬ សាងសង់ ធ្វើ Bill of Quantities និងជូនជាសំណើរនូវឈ្មោះក្រុមហ៊ុន ឬឈ្មោះសំភារៈសាងសង់ ដោយផ្អែកទៅលើផែនការ ។
- គំរោងផែនការសាងសង់នេះត្រូវមានការឯកភាពពី Subcomponent ។
៤. ត្រូវមានការប៉ាន់ស្មានតម្លៃ (quotations) យ៉ាងតិចចំនួន ៣ មកពីក្រុមហ៊ុនចំនួន ៣ ផ្សេងគ្នា (**ឧបសម្ព័ន្ធ C**)
៥. ការប៉ាន់ស្មានតម្លៃនឹងត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃ និង ការចុះកិច្ចសន្យាជាមួយក្រុមហ៊ុនដែលជ្រើសរើសយក (contract awarded) ។ លក្ខខណ្ឌនៃកិច្ចសន្យារួមទាំងការបង់ថ្លៃ ២០% នៃតម្លៃកិច្ចសន្យាក្នុងពេលចុះកិច្ចសន្យា ហើយត្រូវបង់ថ្លៃ ៧០% នៅក្នុងកំឡុងរយៈពេលបំពេញការងារ និង បង់ថ្លៃចុងក្រោយ ១០% នៅពេលដែលទទួលបាននូវលិខិតញាក់ថា ការងារត្រូវបានបំពេញចប់សព្វគ្រប់ពី NCHADS ឬ Subcomponent
៦. មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត/ការិយាល័យសុខាភិបាល ស្រុកប្រតិបត្តិ និងស្ថាប័នពាក់ព័ន្ធ (ប្រសិនបើមាន) នឹងចុះត្រួតពិនិត្យការងារសាងសង់ ហើយក្រុមវាយតម្លៃនឹងចុះពិនិត្យមើលនាពេលការសាងសង់ត្រូវបានបញ្ចប់ ។ នៅក្នុង របាយការណ៍ NCHADS និង Subcomponent នឹងផ្តល់ជូនលិខិតបញ្ជាក់ពីការបញ្ចប់ការងារ ។
៧. ការបង់ថ្លៃចុងក្រោយ ១០% ជូនដល់អ្នកសាងសង់ គឺក្រោយពេល ៦ ខែ ក្រោយពីបញ្ចប់ការងារជួសជុល និង ក្រោយពេល ១២ ខែ ចំពោះការសាងសង់សំណង់ថ្មី ។

**សំគាល់ :** ក្រុមហ៊ុនដែលបានជាប់កិច្ចសន្យារៀបចំបង្គំសំរាប់គំរោងជួសជុល រឺ សាងសង់ គឺមិនអនុញ្ញាតិអោយចូលរួម ដេញថ្លៃសំរាប់ទទួលកិច្ចសន្យាជួសជុល រឺ សាងសង់ លើគំរោងនេះឡើយ ។

**តារាងទី ៩ : សង្ខេបអំពីដំណាក់កាលនៃការធ្វើលទ្ធកម្មលើការងារជួសជុលខ្នាតតូច**

ជំហាន	សកម្មភាព	អ្នកប្រតិបត្តិ	អនុម័ត
១	ការរៀបចំសំណើដូចមានចែង ក្នុង ផែនការ ប្រចាំឆ្នាំ និង ឆមាស	NCHADS និង Subcomponent	NCHADS
២	ការតែងតាំងក្រុមវាយតម្លៃ	NCHADS និង Subcomponent	NCHADS

៣	ការសិក្សារាយតម្លៃ និង របាយការណ៍ រាយតម្លៃ	NCHADS និង Subcomponent	NCHADS
៤	សំណើឱ្យដាក់ ៣ quotation	NCHADS	NCHADS
៥	ការរាយតម្លៃ និង contract award	NCHADS	NCHADS និង ការចូលរួមដោយតំណាង ការិយាល័យ US.CDC/GAP ប្រចាំនៅកម្ពុជា ( តម្លៃ លើសពី \$២៥ ០០០ )
៦	ការត្រួតពិនិត្យការសាងសង់	គណៈកម្មការៈ NCHADS និង គណៈកម្មការសាងសង់របស់ Subcomponent និង ស្ថាប័នដែលពាក់ព័ន្ធ ( ប្រសិនបើមាន )	NCHADS និង Subcomponent
៧	លិខិតបញ្ជាក់ពីការបញ្ចប់ការងារ	NCHADS និង គណៈកម្មការសាងសង់របស់ Subcomponent	NCHADS និងប្រធានគណៈកម្មការសាងសង់ របស់ Subcomponent
៨	ការបង់ថ្លៃចុងក្រោយ	NCHADS និង Subcomponent	NCHADS និង Subcomponent

**៥.៤. ការវាយតម្លៃលើការងារលទ្ធកម្ម**

ការវាយតម្លៃលើការសំណើតម្លៃ (quotations) ការដេញថ្លៃ (bids) និង គំរោង (proposals) ។ ល។ នឹងត្រូវអនុវត្ត ដោយគណៈកម្មការវាយតម្លៃលទ្ធកម្ម ( ឬគណៈកម្មការជ្រើសរើសនៅក្នុងករណីជ្រើសរើស ទីប្រឹក្សា) ។ សមាជិករបស់ គណៈកម្មការ នឹងត្រូវតែងតាំងដោយ NCHADS ។

**៥.៥ ការធានារ៉ាប់រង**

បច្ចុប្បន្ននេះរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា មិនបានផ្តល់សេវាធានារ៉ាប់រងជូនមន្ត្រីរាជការ ការធ្វើដំណើរ ឬ រថយន្ត និង សំភារៈទេ ។ ក្នុងករណីចាំបាច់ មន្ត្រីរាជការ ការធ្វើដំណើរ រថយន្ត និង សំភារៈទាំងនោះត្រូវឱ្យមានការធានារ៉ាប់រងដោយប្រើថវិកាដែលពាក់ព័ន្ធ នៅក្រោមគំរោងរបស់ US.CDC/GAP ក្រោយពីមានការយល់ព្រមពី US CDC/GAP នៅកម្ពុជា។

**៦ ~ ការកំណត់អត្រាប្រាក់ឧបត្ថម្ភសំរាប់ធ្វើដំណើរក្នុងប្រទេស ការចុះអភិបាល និង ប្រាក់សំរាប់លើកទឹកចិត្តក្នុងការអនុវត្តន៍ការងារ**

តារាងទី ១០ : ប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំថ្ងៃសំរាប់មន្ត្រីរដ្ឋាភិបាល ក្នុងការធ្វើចុះបំពេញបេសកកម្មក្នុងប្រទេស

ទីកន្លែង	អត្រា ជា ដុល្លារ (US\$)	
	ស្នាក់នៅពេលយប់	មួយថ្ងៃពេញ ( លើសពី ៦ ម៉ោង) តែមិនស្នាក់នៅពេលយប់
ពីខេត្ត/ក្រុង មកភ្នំពេញ	២៥	៥
ពីភ្នំពេញ ទៅកាន់ទីរួមខេត្ត-ក្រុងទាំងអស់	២០	៥
ពីខេត្ត/ក្រុង ទៅខេត្ត/ក្រុង	២០	៥
ពីស្រុកទៅ ខេត្ត/ក្រុង	១៥	៥
ពីខេត្ត/ក្រុង ទៅស្រុក ឬ ភូមិ	១៥	៥

- សំរាប់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភលើថ្លៃធ្វើដំណើរ បើកជូនតាមសភាពជាក់ស្តែង
- ចំពោះប្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលបានចែងក្នុងតារាងទី ១០ ខាងលើ អាចអនុវត្តជាបុគ្គល ឬជាក្រុមក្តី ដរាបណា មានលិខិតបេសកកម្មដែលមានការអនុញ្ញាតិពីនាយក NCHADS/ប្រធាន subcomponents ឬប្រធានស្តីទី

**តារាងទី ១១ : ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ សិក្ខាកាមចូលរួមក្នុងការបណ្តុះបណ្តាល ឬ សិក្ខាសាលា**

ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ	អត្រាជា US\$
គណៈកម្មាធិការចូលរួម បើក និង បិទ សិក្ខាសាលា	៥០ សំរាប់សិក្ខាសាលា ១
អ្នកសំរបសំរួលវគ្គ ( ប្រសិនបើគ្មានប្រាក់ឧបត្ថម្ភ )	១២.៥ ក្នុង ១ ថ្ងៃ
សិក្ខាកាម ( ប្រសិនបើគ្មានប្រាក់ឧបត្ថម្ភ )	៥ ក្នុង ១ ថ្ងៃ
សំភារៈសិក្សា ( កំរិតថេរ)	២ ក្នុង ១ នាក់
អាហារសំរន់ ( កំរិតថេរ)	១.៥ ក្នុង ១ នាក់

**សំគាល់ :**

- ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសំរាប់សំភារៈសិក្សា ឬអាហារសំរន់សំរាប់សិក្ខាកាម និងវគ្គបណ្តុះបណ្តាល គឺ មិនប្រគល់ជូនសិក្ខាកាមជាសាច់ប្រាក់នោះទេ ។ ប៉ុន្តែវាជាព័ត៌មានសំរាប់គណនេយ្យករ ឬអ្នករៀបចំធ្វើការគណនាប៉ាន់ស្មាន ថ្លៃ ចំណាយ សំរាប់វគ្គបណ្តុះបណ្តាល ។
- សំរាប់អ្នកសំរបសំរួល នឹង ទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភ ២ថ្ងៃ បន្ថែមពីលើថ្ងៃសិក្ខាសាលា គឺ មុន១ថ្ងៃសំរាប់រៀបចំ និង ក្រោយ ១ ថ្ងៃសំរាប់សរសេររបាយការណ៍ ។
- "អ្នកសំរបសំរួល" គឺសំដៅទៅលើអ្នកដឹកនាំសិក្ខាសាលា និង គ្រូបង្វឹក ។
- អត្រាប្រាក់ឧបត្ថម្ភ ដែលកំណត់ខាងលើនេះ គឺ អនុលោមទៅតាម អត្រារបស់មូលនិធិសកល ។ ប្រសិនបើមូលនិធិសកល ធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ លើអត្រាទាំងនោះ និយាមនៃបែបបទសំរាប់អនុវត្តសកម្មភាពរបស់គំរោងនេះ ក៏នឹងត្រូវផ្លាស់ប្តូរផងដែរ ។

**តារាងទី ១២ : អត្រាប្រាក់ឧបត្ថម្ភនៅពេលបំពេញការងារ**

ការងារ	អត្រា (US\$) ក្នុង ១ ទំព័រ
បកប្រែអត្ថបទ	៥
ពិនិត្យនិងកែសំរួលអត្ថបទ	៣
វាយអត្ថបទ	២
ថតចម្លងឯកសារ	0.0២

ចំពោះសេវាកម្មវាយអត្ថបទ បកប្រែ និង កែសម្រួលអត្ថបទ ដែលមានតម្លៃចាប់ពី **៩០០ ដុល្លារ** អាចធ្វើ កិច្ចសន្យាផ្ទាល់បាន ។

ទំហំទំព័រសំរាប់បកប្រែត្រូវមានលក្ខណៈដូចខាងក្រោមនេះ ៖

**អត្ថបទត្រូវមានទំហំអក្សរ ៖**

- ជាភាសាអង់គ្លេស
- មានពី ៣០០ ទៅ ៥០០ ពាក្យជាមធ្យមក្នុង ១ ទំព័រ (៥ តួអក្សរក្នុង ១ពាក្យ)
- ទំហំអក្សរ ១១ (Arial)
- ទំហំអក្សរ ១២ (Time New Roman)
- រឹមទំព័រ 1 inch ( ខាងលើ, ខាងក្រោម, ខាងឆ្វេង និង ខាងស្តាំ)

**ទំហំរូបភាព និង graphic**

រូបភាព/ graphic មានតិចជាង ៥០% នៃទំព័រ ប្រើអត្រាខាងលើ

រូបភាព/ graphic មានលើសពី ៥០% នៃទំព័រ គិតអត្រា ២ ដុល្លារ ក្នុង១ទំព័រ និងមិនបានរួមបញ្ចូលថ្លៃវាយ អត្ថបទ គួររូបភាព និងបកប្រែទេ ។

**តារាងទី ១៣ ៖ អត្រាប្រាក់ឧបត្ថម្ភសំរាប់អ្នកជំងឺអេដស៍ចូលរួម មណ្ឌលមិត្តជួយមិត្ត**

ការងារ	អត្រា ដុល្លារ (US\$) ក្នុង ១ ទំព័រ
អាហារថ្ងៃត្រង់ (១ថ្ងៃ ក្នុង១ខែ)	២
ថ្លៃធ្វើដំណើរ (១ថ្ងៃ ក្នុង១ខែ)	២
ថ្លៃអាហារសំរាប់កូនរបស់អ្នកជំងឺដែលមកជាមួយ	២

**សំគាល់៖**

ថ្លៃធ្វើដំណើរ និងផ្តល់ជូនសំរាប់តែ អ្នកជំងឺទាំងឡាយណាដែលមានទីលំនៅ ចំងាយ ១គីឡូម៉ែត្រ ពី កន្លែងប្រជុំ ។

**៧ ~ សោហ៊ុយសំរាប់ការធ្វើបេសកកម្មក្រៅប្រទេស**

សំរាប់ការធ្វើដំណើរក្រៅប្រទេស អត្រាសោហ៊ុយសំរាប់ស្នាក់នៅ និងសោហ៊ុយប្រចាំថ្ងៃរបស់រដ្ឋាភិបាលសហរដ្ឋ អាមេរិក នឹងត្រូវយកមកប្រើប្រាស់ ។ ការធ្វើដំណើរក្រៅប្រទេសត្រូវមានការឯកភាពពីនាយក NCHADS និង នាយក US.CDC/GAP ប្រចាំនៅកម្ពុជា ជាមុនសិន ។

ការធ្វើដំណើរក្រៅប្រទេស មិនតំរូវអោយមានសំណើតំលៃ ពីពាក្យមហិនទេ តែត្រូវគោរពតាមនីតិវិធីធ្វើដំណើរបស់រដ្ឋាភិបាលអាមេរិក ។

អ្នកធ្វើដំណើរត្រូវមានការឯកភាពពីនាយក NCHADS ជាមុនសិន លើការចំណាយចាំបាច់ផ្សេងៗ ដូចជាការធ្វើដំណើរ ថ្លៃចូលរួម សន្និសិទ្ធ ជួលរថយន្ត ។ល ។

អត្រាថេរសំរាប់ចំណាយប្រចាំថ្ងៃ គឺ ១២៣ ដុល្លារ ក្នុង ១ថ្ងៃ ត្រូវបានអនុញ្ញាតិអោយសំរាប់ការធ្វើដំណើរទៅទីក្រុង បាងកក ប្រទេសថៃឡង់ត៍ ។

លើកលែងតែការចំណាយថេរប្រចាំថ្ងៃ ឯកសារបញ្ជាក់ដើម្បីទូទាត់តំរូវអោយមាន បង្កាន់ដៃទទួលប្រាក់សំរាប់សំបុត្រយន្តហោះ សណ្ឋាគារ ធ្វើទិដ្ឋាការ ចុះឈ្មោះចូលរួមសន្និសិទ្ធ និងថ្លៃរថយន្តល្អិត ។

-----  
**វេជ្ជ. មាន ឈីវុន**

ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍  
សើស្បែក និង កាមរោគ

ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ ២០០....

-----  
**វេជ្ជ. ខារ៉ូល សេស៊ីលស្តី**

ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលប្រយុទ្ធនឹងបង្ការជំងឺ  
របស់សហរដ្ឋអាមេរិក នៅប្រចាំនៅកម្ពុជា

ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ ២០០....

**ឧបសម្ព័ន្ធ A**

**ឯកសារភ្ជាប់ A1 : សំរាយនិរតិវិធីអំពី ដំណើរការនៃការធ្វើទិញទំនិញ**

**ការទិញផ្ទាល់ (Direct Purchase):**

ការទិញផ្ទាល់ត្រូវគោរពតាមលក្ខខណ្ឌដូចតទៅ :

១. រៀបចំលិខិតសុំទិញ (Purchase Request) មួយដែលមានបញ្ជាក់នូវបរិមាណដែលត្រូវការ និងត្រូវរៀបចំលំអិតលក្ខណៈបច្ចេកទេស ។
២. អ្នកផ្គត់ផ្គង់សំខាន់ៗនឹងត្រូវបានអញ្ជើញអោយដាក់សំណើតំលៃ និង លំអិតលក្ខណៈបច្ចេកទេសរបស់ទំនិញដែលត្រូវទិញ (សូមមើលសំណើដាក់តំលៃខាងក្រោម) ។ អ្នកផ្គត់ផ្គង់សំខាន់ៗអាចត្រូវបានកំណត់ដោយអ្នកស្នើសុំទិញ ឬមន្ត្រីលទ្ធកម្ម ។ អ្នកផ្គត់ផ្គង់ទាំងអស់ត្រូវបានអនុញ្ញាតយ៉ាងតិចបំផុតចំនួន ៥ ថ្ងៃ ដើម្បីដាក់សំណើតំលៃមកមជ្ឈមណ្ឌលជាតិវិញ ។ យ៉ាងតិចណាស់ត្រូវមានសំណើតំលៃមកពី ៣ ក្រុមហ៊ុន ។
៣. បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដាក់សំណើតំលៃផុតកំណត់ គណៈកម្មការវាយតំលៃដែលបង្កើតឡើងដោយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិនឹងបើកសំណើតំលៃ ហើយជ្រើសរើស យកអ្នកផ្គត់ផ្គង់មួយ ។ គណៈកម្មការវាយតំលៃត្រូវមានសមាជិកតិចជាង ៣ នាក់ ។
៤. កំណត់ហេតុកិច្ចប្រជុំស្តីពីការពិភាក្សា និងការសំរេចចិត្តរបស់គណៈកម្មការវាយតំលៃត្រូវតែកត់ត្រាទុក ។

ក្នុងករណីទទួលបានសំណើតំលៃតិចជាង ៣ ក្រុមហ៊ុន ទោះបីជាមានការអញ្ជើញច្រើនក៏ដោយ ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិនឹងធ្វើការសំរេច :

- ចុះកិច្ចសន្យាជាមួយអ្នកផ្គត់ផ្គង់តែមួយក្នុងរយៈពេលមិនលើសពី ១ឆ្នាំ ឬ
- ចុះកិច្ចសន្យាជាមួយអ្នកផ្គត់ផ្គង់ដែលបានដាក់សំណើតំលៃ ប្រសិនបើគណៈកម្មការវាយតំលៃអាចទទួលយកបាន ។

**ប្រភពស្វែងរកសំណើតំលៃ**

ការស្វែងរកសំណើតំលៃអាចធ្វើឡើងតាមរយៈអ្នកផ្គត់ផ្គង់ទាំងអស់ (បើអាចធ្វើបាន) ។ នេះបញ្ជាក់ឱ្យឃើញថា រាល់ អ្នកផ្គត់ផ្គង់ទាំងអស់ត្រូវបានពិចារណា ។ អ្នកផ្គត់ផ្គង់ល្អៗ ជាទូទៅនឹងត្រូវជ្រើសរើសតាមរយៈ

- បទពិសោធន៍ក្នុងផ្គត់ផ្គង់អោយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិកន្លងមក
- ដៃគូការងារដែលកំពុងអនុវត្តកម្មវិធីប្រហាក់ប្រហែលនឹងមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ
- សៀវភៅទំព័រលឿង ព្រឹត្តិប័ត្រព័ត៌មាន កាសែត



**ការទិញឡើងវិញ**

ប្រសិនបើសំណើសុំទិញបញ្ជាក់នូវទំនិញ ឬ សេវាកម្មដែលមានលក្ខណៈដូច ឬ ស្រដៀងទៅនឹងទំនិញដែលបាន ទិញកន្លង រួចមកហើយក្នុងរយៈពេល ១២ខែ តាមរយៈការដេញថ្លៃ សំណើសុំទិញនោះអាចត្រូវឯកភាព ដោយប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ ជា " ការសំណើទិញឡើងវិញ" ឬ " ការបញ្ជារទិញទំនិញដដែល " ដោយមិនចាំបាច់ធ្វើ ការដេញថ្លៃសារជាថ្មីទេ ។ បរិមាណនៃទំនិញ ឬ សេវាកម្ម ដែលស្នើសុំអាចមានចំនួនខុសពីការបញ្ជារទិញលើកមុន ។ នីតិវិធីនេះអាចប្រើប្រាស់ សំរាប់ទំនិញប្រើប្រាស់ដែលត្រូវការទិញជាប្រចាំ ដូចជា សំភារៈការិយាល័យ ប្រតិករសំរាប់ មន្ទីរពិសោធន៍ សំភារៈ ប្រើប្រាស់សំរាប់គ្លីនិក សំភារៈសំអាត ។ល។ ចំពោះទំនិញ និង សេវាកម្ម អាចត្រូវទិញពីអ្នក ផ្គត់ផ្គង់ដែលទទួលបាន ជោគជ័យតាមរយៈការដេញថ្លៃ ។

**ទំនិញដែលត្រូវទិញញឹកញាប់**

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិនឹងបង្កើតនូវបញ្ជីអ្នកផ្គត់ផ្គង់មួយសំរាប់ទំនិញដែលត្រូវទិញញឹកញាប់ និងចរចារធ្វើកិច្ចសន្យា ប្រចាំឆ្នាំ ជាមួយអ្នកផ្គត់ផ្គង់ណាដែលលក្ខណៈសម្បត្តិល្អជាងគេ ។ ការអនុវត្តនីវិធីនេះ គឺ ដើម្បីជៀសវាងការប្រមូល ផ្គុំនូវសំណើ តំលៃសំរាប់ការទិញឡើងវិញ។ លើសពីនេះ កិច្ចសន្យាអាចផ្តល់នូវលទ្ធភាពក្នុងចរចារ បញ្ជូនតំលៃចំពោះ ការទិញបរិមាណ ច្រើន ។

**ប្រភពផ្គត់ផ្គង់តែមួយ**

ការទិញទំនិញពីអ្នកផ្គត់ផ្គង់តែមួយនឹងត្រូវអនុវត្ត ក្នុងករណីមានអ្នកផ្គត់ផ្គង់នោះតែមួយគត់ ។ ការទិញនេះតំរូវអោយ មានការឯកភាពពី US CDC/GAP ប្រចាំនៅកម្ពុជា ។

**ឧបសម្ព័ន្ធ A**

**ឯកសារភ្ជាប់ A2: សំណើរសុំឯកសារសំរង់លំដែ (Request for Quotations)**

**ក្រសួងសុខាភិបាល**

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍

សើស្បែក និងកាមរោគ

CDC CoA #1U2GPS001092-01...

លេខ.....

**ភ្នំពេញ, ថ្ងៃទី . . . ខែ . . . ឆ្នាំ២០០...**

ជូនចំពោះ : (ឈ្មោះ និងអាស័យដ្ឋានរបស់ក្រុមហ៊ុន)

**កម្មវត្ថុ :** ការស្នើដាក់សំណើតំលៃសំរាប់ការផ្គត់ផ្គង់.....ជូនមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹង ជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និង កាមរោគ ។

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ សូមអញ្ជើញក្រុមហ៊ុនរបស់លោក/លោកស្រី ដាក់សំណើតំលៃសំរាប់ការផ្គត់ផ្គង់.....ដូចមានភ្ជាប់មកជាមួយនៅក្នុង "តារាងលក្ខណៈបច្ចេកទេស និងតំលៃ របស់ទំនិញ" (Technical Specifications and Price schedule) ។ គំរូនៃកិច្ចសន្យាក៏មានភ្ជាប់មកជាមួយផងដែរ ។ ដើម្បីបំពេញព័ត៌មាន និងធ្វើសំណើតំលៃជូនមជ្ឈមណ្ឌលជាតិវិញ លោក/លោកស្រី ត្រូវឱ្យអោយបំពេញលក្ខខណ្ឌដូច ខាងក្រោម :

១. សំណើតំលៃត្រូវធ្វើជូន :

*មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ*

*អគារលេខ . . . . . ផ្លូវ . . . . . , រាជធានីភ្នំពេញ*

*ទូរស័ព្ទ/ទូរសារ : . . . . .*

*ជូនចំពោះ : លោក (ឈ្មោះ...)*

*ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ*

២. សំណើតំលៃរបស់លោក/លោកស្រី ត្រូវធ្វើមកមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ ឱ្យ បានមុន ឬ ត្រឹមម៉ោង.....ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ..... ។

ថវិកាប្រើប្រាស់ក្នុងការផ្គត់ផ្គង់នេះឧបត្ថម្ភដោយ CDC CoA #1U2GPS001092-01 ។

៣. ការប្រគល់ទំនិញ

ការប្រគល់ទំនិញត្រូវធ្វើឡើងនៅមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ អគារលេខ . . . . ផ្លូវ . . . . . , រាជធានីភ្នំពេញ មិនអោយលើសពី ..... ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីថ្ងៃចុះកិច្ចសន្យា ។

៥. ការបង់ពន្ធ និងអាករផ្សេងៗ

អ្នកផ្គត់ផ្គង់ត្រូវផ្តល់នូវឯកសារចាំបាច់ទាំងឡាយ (វិក័យប័ត្រ, បញ្ជីឈ្មោះទំនិញនាំចូលតាមផ្លូវទឹក, បញ្ជីនាំចូល ទំនិញ តាមផ្លូវអាកាស, បញ្ជីចំនួនកញ្ចប់ទំនិញ ។ល។) ដើម្បីរៀបចំសំណុំឯកសារនាំចូលដោយរួចរាល់ និងអាករ និងដើម្បីធានា ការប្រគល់ទំនិញធ្វើឡើងទាន់ពេលវេលា ។ រាល់តំលៃទាំងអស់នៅក្នុងសំណើតំលៃ ត្រូវគិតជា ដុល្លារអាមេរិក និងមិនបូកបញ្ចូលពន្ធលើតំលៃបន្ថែម (VAT) អាករ និងពន្ធនាំចូលផ្សេងៗទៀត ។ អ្នកផ្គត់ផ្គង់ត្រូវទទួលបន្ទុកក្នុងការថែរក្សា និង រក្សាទុកទំនិញនៅឃ្នាំងគយ និងរដ្ឋាករ ។

៦. ការបង់ប្រាក់

ការបង់ប្រាក់នឹងត្រូវធ្វើឡើងដោយមូលប្បទានប័ត្រ ដែលស្មើនឹងទឹកប្រាក់នៃកិច្ចសន្យាជូនអ្នកផ្គត់ផ្គង់ ក្នុងរយៈពេល១សប្តាហ៍ បន្ទាប់ទំនិញបានប្រគល់ និងទទួលគ្រប់ចំនួន និងមានការផ្តល់ជូនអ្នកទិញនូវ វិក័យប័ត្រដែលមាន បង្ហាញចំនួន ទំនិញ តំលៃឯកត្តា និងតំលៃសរុប ហើយមានទទួលស្គាល់ដោយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ ។ នៅក្នុងសំណើតំលៃ សូមបញ្ជាក់ពី អ្នកដែលមានសិទ្ធិមកទទួលយកមូលប្បទានប័ត្រ ។

៧. ការវាយតំលៃលើសំណើដាក់តំលៃ (Quotation)

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ នឹងធ្វើការកំណត់លើសំណើតំលៃ (Quotation) ទាំងឡាយណាដែលអាចទទួលយកបានដោយផ្អែកលើតម្រូវការលក្ខណៈបច្ចេកទេស ។ ចំពោះសំណើតំលៃណាដែលមិន ឆ្លើយតបទៅនឹងតម្រូវការលក្ខណៈបច្ចេកទេស នឹងត្រូវដកចេញការវាយតំលៃបន្ត ។

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ រក្សាសិទ្ធិក្នុងការទទួលយក ឬ ច្រានចោលសំណើ តំលៃ (Quotation) ណាមួយ និងលុបចោលនូវសំណើដាក់តំលៃនេះគ្រប់ពេល មុននឹងសំរេចផ្តល់សិទ្ធិផ្គត់ផ្គង់ ។

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ នឹងរក្សាសិទ្ធិពន្យាកាលបរិច្ឆេទការដាក់សំណើតំលៃ ចំនួនទឹកប្រាក់សរុបនៃសំណើតំលៃនឹងត្រូវធ្វើការកែតម្រូវ ប្រសិនបើមានភាពមិន ស្របគ្នានៅក្នុងតំលៃ សរុបដែល បង្ហាញ នៅក្នុងសំណើតំលៃបណ្តាលមកពីការគណនាតំលៃឯកត្តា និង ចំនួន ដែលនាំឱ្យឈ្នះក្នុងការដេញថ្លៃនេះ ។ ចំនួនទឹកប្រាក់ សរសេរជាអក្សរ នឹងត្រូវកំណត់យកជាផ្លូវការ ប្រសិនបើមានភាពខុសគ្នារវាង តួលេខ និងអក្សរ ។

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ នឹងរង់ចាំទទួលសំណើ តំលៃពីក្រុមហ៊ុន លោក/លោកស្រី មុនកាលបរិច្ឆេទកំណត់ខាងលើ ។ ចំពោះសំណើតំលៃទាំងឡាយណា ដែលធ្វើជូន មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ ក្រោយកាលបរិច្ឆេទ នឹងទុកជាមោឃៈ ។

សូមអរគុណ

ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍  
សើស្បែក និងកាមរោគ

**ឧបសម្ព័ន្ធ A**

**ឯកសារភ្ជាប់ A3: កិច្ចសន្យា សំរាប់ជួល រឺ ជៀវ សេវាកម្ម (Contract)**

ក្រសួងសុខាភិបាល  
មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍  
សើស្បែក និងកាមរោគ  
CDC CoA #1U2GPS001092-01...  
លេខ.....

**កិច្ចសន្យា**

កិច្ចសន្យានេះធ្វើឡើងនៅថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ.....នៅរាជធានីភ្នំពេញ, ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា រវាង មជ្ឈមណ្ឌល  
ជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ (ក្នុងនេះហៅថា "អ្នកទិញ") និងក្រុមហ៊ុន..... (ក្នុងនេះហៅថា  
"អ្នកផ្គត់ផ្គង់") ។

**ដោយហេតុថា** អ្នកទិញចង់ទទួលបាននូវការផ្គត់ផ្គង់ទំនិញ.....(ក្នុងនេះហៅថា "ឥវ៉ាន់") ដោយគោរពទៅតាម  
តារាងលំអិតលក្ខណៈបច្ចេកទេស និងតំលៃដែលមានភ្ជាប់ជាមួយកិច្ចសន្យានេះ និងព្រមទទួលយកសំណើតំលៃ ដាក់  
ដោយអ្នកផ្គត់ផ្គង់.....ចុះថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ.....(សំណើតំលៃ) សំរាប់ផ្គត់ផ្គង់ និងបញ្ជូនទំនិញដោយមានភ្ជាប់  
នូវការចំណាយក្នុងទឹកប្រាក់សរុប.....ដុល្លារ (.....គិតជាដុល្លារ) ។

**ឥឡូវនេះភាគីទាំងសងខាងយល់ព្រមដូចខាងក្រោម :**

១. ការផ្តល់ជូនរបស់អ្នកផ្គត់ផ្គង់ និងការទទួលយករបស់អ្នកទិញ បង្កើតជាកិច្ចសន្យានេះ ។ ភាគីទាំងសងខាង  
យល់ព្រមដូចខាងក្រោម :

**២. លក្ខណៈបច្ចេកទេស**

ឥវ៉ាន់ដែលត្រូវផ្គត់ផ្គង់ ត្រូវអនុលោមតាមគុណភាព និងស្តង់ដារបច្ចេកទេស ដូចមានបញ្ជាក់ក្នុងតារាងលំអិត បច្ចេកទេស  
និងតំលៃ និងបរិមាណដូចមានសរសេរនៅក្នុងសំណើរបស់អ្នកផ្គត់ផ្គង់ និងគោរពតាម ស្តង់ដារ ពាណិជ្ជកម្ម និង  
ការអនុវត្តល្អ ។

**៣. ការប្រគល់ទំនិញ**

ការប្រគល់ទំនិញត្រូវធ្វើឡើងនៅមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ អគារលេខ ....., វិថី  
..... សង្កាត់ ....., ភ្នំពេញ ក្នុងរយៈពេល.....ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីថ្ងៃចុះកិច្ចសន្យានេះ ។

**៤. ពិន័យចំពោះការប្រគល់ទំនិញយឺត**

ក្នុងករណីអ្នកផ្គត់ផ្គង់មានការយឺតយ៉ាវក្នុងការប្រគល់ឥវ៉ាន់, ការពិន័យ 0.៥% ក្នុង ១ សប្តាហ៍ នៃតំលៃក្នុងកិច្ចសន្យា  
ចំពោះទំនិញដែលមិនបានប្រគល់នឹងត្រូវអនុវត្ត ការពិន័យនេះនឹងកើនខ្ពស់បំផុតរហូតដល់ ១០% ។

**៥. ការធានា**

អ្នកផ្គត់ផ្គង់ត្រូវធានាថា ទំនិញដែលត្រូវផ្គត់ផ្គង់ក្រោមកិច្ចសន្យាត្រូវតែជាទំនិញថ្មី, មិនទាន់ប្រើប្រាស់ និងជាទំនិញដែលផលិតថ្មី ។

**៦. ការទូទាត់**

អ្នកទិញនឹងបើកប្រាក់អោយអ្នកផ្គត់ផ្គង់ជាមូលប្បទានប័ត្រដែលមានតំលៃស្មើនឹងកិច្ចសន្យាក្នុងរយៈពេល ១ សប្តាហ៍បន្ទាប់ពីទំនិញបានប្រគល់ និងទទួលគ្រប់ចំនួន ពុំមានបាក់បែក និងបន្ទាប់ពីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិបញ្ជាក់ ពីការទទួលដោយមានដាក់ជូនវិក័យប័ត្រច្បាប់ដើមដែលបរិយាយលំអិតអំពីទំនិញ, បរិមាណ, តំលៃឯកត្តា និងចំនួនទឹកប្រាក់សរុប ។ ការទូទាត់ប្រាក់នឹងត្រូវធ្វើឡើងនៅមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ អោយទៅអ្នកផ្គត់ផ្គង់ ឬតំណាងដែលត្រូវបានផ្ទេរសិទ្ធិអោយមកទទួលយកមូលប្បទានប័ត្រ ។

**៧. ពន្ធ និងអាករគ្រប់ប្រភេទ**

អ្នកផ្គត់ផ្គង់ត្រូវផ្តល់នូវឯកសារចាំបាច់ទាំងឡាយ (វិក័យប័ត្រ, បញ្ជីឈ្មោះទំនិញនាំចូលតាមផ្លូវទឹក, បញ្ជីនាំចូលទំនិញតាមផ្លូវអាកាស, បញ្ជីចំនួនកញ្ចប់ទំនិញ ។ល។) ដើម្បីរៀបចំសំណុំឯកសារនាំចូលដោយរួចពន្ធ និងអាករ និងដើម្បីធានាការប្រគល់ទំនិញធ្វើឡើងទាន់ពេលវេលា ។

**អ្នកផ្គត់ផ្គង់ត្រូវទទួលបន្ទុកក្នុងការថែរក្សា និង រក្សាទុកទំនិញនៅឃ្នាំងគយ និងរដ្ឋាករ ។**

៨. ក្នុងការពិចារណាបង់ប្រាក់, អ្នកផ្គត់ផ្គង់ត្រូវព្រមព្រៀងជាមួយអ្នកទិញក្នុងការប្រគល់ទំនិញដែលនៅសល់ ដោយគោរពទៅតាមលក្ខខ័ណ្ឌទាំងឡាយនៅក្នុងកិច្ចសន្យា ។

៩. តាមរយៈនេះ អ្នកទិញយល់ព្រមបើកប្រាក់អោយអ្នកផ្គត់ផ្គង់ដោយពិនិត្យលើការផ្តល់ទំនិញ សេវាកម្ម និងការខ្វះខាតតំលៃនៃកិច្ចសន្យា ឬចំនួនប្រាក់ដែលអាចចំណាយបានក្រោមការផ្តល់កិច្ចសន្យានៅក្នុងពេល ហើយក្នុងរបៀបជាបញ្ញត្តិដោយកិច្ចសន្យា ។

ដើម្បីជាសាក្សី, ភាគីទាំងសងខាងនឹងត្រូវប្រតិបត្តិកិច្ចសន្យានេះតាម លក្ខខ័ណ្ឌច្បាប់នៃព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ។

ចុះហត្ថលេខា, បិតស្រោមជិត, បញ្ជូនដោយ \_\_\_\_\_ ជា \_\_\_\_\_ (អ្នកទិញ)

ចុះហត្ថលេខា, បិតស្រោមជិត, បញ្ជូនដោយ \_\_\_\_\_ ជា \_\_\_\_\_ (អ្នកផ្គត់ផ្គង់)

**ឧបសម្ព័ន្ធ B**

**ឯកសារភ្ជាប់ B1 : ទម្រង់កិច្ចសន្យាជាមួយបុគ្គលលើការបំពេញការងារ**

ក្រសួងសុខាភិបាល

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍

សើស្បែក និងកាមរោគ

CDC CoA #1U2GPS001092-01

កិច្ចសន្យាលើការបំពេញការងារ

រវាង

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ

ជាមួយ

លោក/លោកស្រី.....

.....

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ មានបំណងចង់ជួល សេវាកម្ម.....(ឈ្មោះ)

ដើម្បី.....(ការងារ)

សេវាកម្មដែលត្រូវអនុវត្ត

ប្រវត្តិ (Background)

សកម្មភាព (Activities)

- 
- 
- 

តំលៃ (Cost): US\$.....

ការបង់ប្រាក់ (Payment): ការបង់ប្រាក់សំរាប់សេវាកម្មនេះ.....នឹងធ្វើឡើងបន្ទាប់ពីការបំពេញការងារ

ចប់ ដោយពេញចិត្ត និងបន្ទាប់ពីដាក់ជូននូវវិក័យប័ត្រមកមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ ។

ដូច្នេះកិច្ចសន្យា ធ្វើឡើងជាពីរច្បាប់ និងចុះហត្ថលេខា នៅរាជធានីភ្នំពេញ, ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ

ហត្ថលេខា :.....(.....)

ហត្ថលេខា :.....(មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ)

**ឧបសម្ព័ន្ធ B**

**ឯកសារភ្ជាប់ B2 : ទំរង់កិច្ចសន្យាបំរើការងារ**

**ក្រសួងសុខាភិបាល**

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍

សើស្បែក និងកាមរោគ

CDC CoA #1U2GPS001092-01...

លេខ.....

**កិច្ចសន្យា**

**ជូនចំពោះ :**

លោក/លោកស្រី.....

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ មានកិត្តិយសផ្តល់ជូន លោក/លោកស្រី .....នូវ កិច្ចសន្យាបំរើការងារជាទីប្រឹក្សាក្នុងស្រុក ។ មុខតំណែងនេះបានទទួលការគាំទ្រដោយគំរោង CDC CoA #1U2GPS001092-01 ។ សូម មើលភារកិច្ច និងតួនាទីសំរាប់មុខតំណែងនេះដូចមានភ្ជាប់ មកជាមួយ ។

មុខតំណែងនឹងធ្វើនៅទីក្រុងភ្នំពេញ ។ អ្នកនឹងត្រូវរាយការណ៍ជូន.....និងប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ ។

កិច្ចសន្យានេះចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី..... ។ សំខ្ញុំខ្ញុំទាំងឡាយដែលមាននៅក្នុងកិច្ចសន្យាមានសុពលភាពសំរាប់រយៈពេល.....ខែ គិតចាប់ពីថ្ងៃទី.....រហូតដល់ថ្ងៃទី.....( កិច្ចសន្យាថ្មីត្រូវធ្វើរៀងរាល់ឆ្នាំដោយមានការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សររវាងអ្នក និងក្រសួងសុខាភិបាល) ។ ក្នុងកំឡុងពេលនៃកិច្ចសន្យាក្រសួងសុខាភិបាល អាចបញ្ឈប់កិច្ចសន្យានេះគ្រប់ពេល បន្ទាប់ពីមានការជូនដំណឹង ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីមូលហេតុបញ្ឈប់ជាមុន ។

អ្នកនឹងទទួលបានប្រាក់កំរៃចំនួន.....ដុល្លារអាមេរិក ក្នុង ១ ខែ ដោយរួមបញ្ចូលនូវរាល់ការចំណាយផ្សេងៗ ។ ប្រាក់កំរៃនេះនឹងត្រូវបើកជូនរៀងរាល់ខែជាប្រាក់ដុល្លារអាមេរិក ។

**ការឈប់សំរាក**

អ្នកនឹងត្រូវអនុញ្ញាតឱ្យឈប់សំរាកប្រចាំឆ្នាំ/សំរាកការងារ ចំនួន ៥ថ្ងៃ សំរាប់រាល់ ៣ខែម្តង ក្នុងកំឡុងពេលអនុវត្ត កិច្ចសន្យា ។

ចំពោះការឈប់សំរាកផ្សេងៗក្នុងកំឡុងពេលអនុវត្តការងារត្រូវសុំអនុញ្ញាតពីក្រសួងសុខាភិបាល ជាមុន ។

អ្នកនឹងត្រូវអនុញ្ញាតអោយសំរាកព្យាបាលជំងឺចំនួន ៤ថ្ងៃ សំរាប់រាល់ ៣ខែម្តង ក្នុងកំឡុងពេលអនុវត្តកិច្ចសន្យា ។ ការឈប់សំរាកនេះអាចអនុញ្ញាតបាន ក្នុងករណីមិនអាចមកបំពេញការងារបាន ហើយអ្នកតំរូវឱ្យមានសំបុត្រពេទ្យបញ្ជាក់ ដាក់ជូនក្រសួងសុខាភិបាល ។

**ម៉ោងពេលធ្វើការ**

ម៉ោងធ្វើការ គឺ ចាប់ពីម៉ោង ៧:៣០ នាទី ព្រឹក ដល់ម៉ោង ១២:០០ ថ្ងៃត្រង់ និងពីម៉ោង ២:០០ រសៀល ដល់ម៉ោង ១៧:៣០ នាទី ល្ងាច ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ។ ថ្ងៃសំរាកជាផ្លូវការរបស់រដ្ឋាភិបាលនឹងត្រូវអនុវត្ត ។

**ការធ្វើការងារលើសម៉ោង**

ចំពោះការបំពេញការងារលើសម៉ោង មិនមានការបង់ប្រាក់ជូនទេ ។

**ការធ្វើដំណើរ និងដឹកជញ្ជូន**

ការធ្វើដំណើរបេសកកម្មនៅក្នុងប្រទេសនឹងត្រូវប្រើប្រាស់រថយន្តរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ។

ប្រាក់កំរៃសំរាប់ការធ្វើដំណើរប្រចាំថ្ងៃ គឺ ២០ ដុល្លារអាមេរិក ដែលនឹងត្រូវបើកជូនដោយយោង លើគោលការណ៍ របស់ ក្រសួងសុខាភិបាលសំរាប់ការបំពេញការងារនៅក្រៅទីក្រុងភ្នំពេញ ដែលតំរូវអោយមាន ការស្នាក់ នៅក្រៅ ភ្នំពេញ និង ៥ ដុល្លារអាមេរិកសំរាប់ការធ្វើដំណើរដែលមិនតំរូវអោយមានការស្នាក់នៅពេលយប់ ។

ដោយព្រមទទួលយកការផ្តល់ជូននេះ អ្នកយល់ព្រមមិនទទួលយក ឬ ស្វែងរកការងារផ្សេងដែលពាក់ព័ន្ធ ជាមួយគំរោង ឬ ដំណើរការអនុវត្តដែលមានពាក់ព័ន្ធផ្ទាល់ ឬ ប្រើប្រាស់ជាផលប្រយោជន៍នូវសំភារៈទាំងឡាយ ក្នុងកំឡុងពេលនៃ កិច្ចសន្យានេះសំរាប់រយៈពេល ៣ឆ្នាំ បន្ទាប់ពីបញ្ចប់កិច្ចសន្យា លើកលែង មានការឯកភាព ពីក្រសួង សុខាភិបាល ជាលាយ ល័ក្ខអក្សរ ។

អ្នកក៏យល់ព្រមផងដែរថា អ្នកនឹងរក្សារាល់ឯកសារ និងព័ត៌មានទាំងឡាយទាក់ទងនឹងគំរោងជាការសំងាត់ និងមិនត្រូវ បានផ្តល់ឱ្យបុគ្គលណាម្នាក់ដោយផ្ទាល់ ឬប្រយោល លើកលែងមានការឯកភាព ពីក្រសួង សុខាភិបាលជា លាយល័ក្ខអក្សរ ។ សូមបញ្ជាក់ពីការយល់ព្រមរបស់អ្នកដោយចុះហត្ថលេខា និងបញ្ជូនត្រឡប់ មកវិញមួយច្បាប់មក លោកវេជ្ជ. មាន ឈីវ៉ុន នៅមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ ។

យើងសង្ឃឹមថា អ្នកនឹងរីករាយក្នុងការបំពេញការងារ ។

សូមអរគុណ

---

**ឈ្មោះ និងត្រា**



**សំរាប់ទីប្រឹក្សាក្នុងស្រុក**

តាមរយៈកិច្ចសន្យានេះ ខ្ញុំយល់ព្រមទទួលនូវការតែងតាំងនេះជាមួយនឹងក្រសួងសុខាភិបាលនៃព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ជា.....ក្រោមលក្ខខណ្ឌទាំងឡាយដែលមានចែងក្នុងកិច្ចសន្យានេះ និង គោលការណ៍ និងនីតិវិធី ទាំងឡាយរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិដែលកំពុងអនុវត្ត ហើយនឹងត្រូវធ្វើការកែតម្រូវយោលទៅតាមពេលវេលា ។

ហត្ថលេខា : \_\_\_\_\_

ឈ្មោះ :

កាលបរិច្ឆេទ : \_\_\_\_\_

ចំលងជូន :

ភ្ជាប់ជាមួយ : ភារកិច្ច និងតួនាទី (Terms of Reference)

**ឧបសម្ព័ន្ធ C**

**ឯកសារភ្ជាប់ C1 : សំណើដាក់តម្លៃលើការសាងសង់**

**ក្រសួងសុខាភិបាល**

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍

សើស្បែក និងកាមរោគ

CDC CoA #1U2GPS001092-01...

លេខ.....

ភ្នំពេញ.....

**ជូនចំពោះ : ( ឈ្មោះ និងអាស័យដ្ឋានរបស់ក្រុមហ៊ុន)**

**កម្មវត្ថុ :** សំណើដាក់តម្លៃ (Quotation) សំរាប់ការជួសជុល..... ក្រោមគំរោង..... ។

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ នៃក្រសួងសុខាភិបាល សូមអញ្ជើញក្រុមហ៊ុនលោក/ លោកស្រី ឱ្យចូលរួមដាក់សំណើតម្លៃ (Quotation) សំរាប់ការជួសជុល..... ដូចមានរៀបរាប់លម្អិតនៅក្នុងឯកសារ ភ្ជាប់មកជាមួយ " ប្លង់ (Plan) និងតារាងតម្រូវការសាងសង់ (Bill of Quantities) " ។ គំរូកិច្ចសន្យាត្រូវបានភ្ជាប់មកជាមួយផងដែរ ។ ក្នុងការរៀបចំសំណើតម្លៃ (Quotation) ក្រុមហ៊ុនលោក/ លោកស្រីត្រូវអោយអនុវត្តដូចខាងក្រោម :

១. សំណើដាក់ Quotation របស់ក្រុមហ៊ុនលោក/លោកស្រី ត្រូវចារខ្លងសំបុត្រ ជូន :

*មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ*

*អគារលេខ ..... ផ្លូវ ....., រាជធានីភ្នំពេញ*

*ទូរស័ព្ទ/ទូរសារ : .....*

*ជូនចំពោះ : លោក ( ឈ្មោះ....)*

*ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ*

២. សំណើដាក់តម្លៃ (Quotation) ត្រូវដាក់ក្នុងស្រោមសំបុត្របិទជិត និងផ្ញើមកមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ តាមអាស័យដ្ឋានខាងលើអោយមុន ឬ ត្រឹមម៉ោង ..... ។ នៅលើខ្លងសំបុត្រត្រូវសរសេរពាក្យ : " ហាមបើកមុនម៉ោង..... " ។ **តារាងតម្លៃត្រូវគិតជា ប្រាក់ដុល្លារសហរដ្ឋអាមេរិក ។**

៣. ថវិកាដែលប្រើប្រាស់ក្នុងការជួសជុលនេះឧបត្ថម្ភដោយ CDC CoA #1U2GPS001092-01 ។

**៤. ការប្រគល់**

អ្នកម៉ៅការត្រូវអនុវត្តការងារជួសជុលដោយគោរពទៅ " ប្លង់ (Plan) និងតារាងតម្រូវការសាងសង់ (Bill of Quantities) " ដែលមានភ្ជាប់ជាមួយកិច្ចសន្យានេះ ។

**៥. ការបង់ពន្ធ និងអាករផ្សេងៗ**

ការបង់ពន្ធ និងអាករផ្សេងៗដែលទាក់ទងនឹងការជួសជុលនេះ គឺជាបន្ទុករបស់អ្នកម៉ៅការ ។

**៥. ការបង់ប្រាក់**

ការបង់ប្រាក់សំរាប់ការងារជួសជុលត្រូវធ្វើឡើងតាមរយៈមូលប្បទានប័ត្រទៅតាមដំណាក់កាលដូចខាង ក្រោម :

- ការបង់ប្រាក់មុនស្មើនឹង ២០% នៃតំលៃក្នុងកិច្ចសន្យាឱ្យអ្នកម៉ៅការ និងត្រូវធ្វើឡើងបន្ទាប់ ពីចុះកិច្ចសន្យារួច ដើម្បីចាប់ផ្តើមអនុវត្តការងារ ។
- ការបង់ប្រាក់ស្មើនឹង ៧០% នៃតំលៃក្នុងកិច្ចសន្យា និងត្រូវផ្តល់ជូនអ្នកម៉ៅការបន្ទាប់ពីដាក់ជូននូវវិក័យប័ត្រ ស្តីពីការបញ្ចប់ការងារជួសជុលដែលទទួលស្គាល់ដោយមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត និងមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ ។
- ទឹកប្រាក់នៅសល់ស្មើនឹង ១០% នឹងត្រូវរក្សាទុកជាប្រាក់ដកល់ (retention money) ហើយផ្តល់ជូន អ្នកម៉ៅការ នៅពេលមជ្ឈមណ្ឌលជាតិបញ្ជាក់ថា ការងារជួសជុលនេះធ្វើឡើងដោយគោរព តាមលក្ខខ័ណ្ឌ នៃកិច្ចសន្យាទាំង ស្រុង ។

នៅក្នុងសំណើដាក់តំលៃរបស់ក្រុមហ៊ុនលោក/លោកស្រី សូមបញ្ជាក់ឈ្មោះអ្នកតំណាងអោយក្រុមហ៊ុនដែលមានសិទ្ធិ បើកប្រាក់/មូលប្បទានប័ត្រពីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ ។

**៦. ការវាយតំលៃសំណើដាក់តំលៃ (Quotation)**

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ នឹងធ្វើការកំណត់លើសំណើតំលៃ (Quotation) ទាំង ឡាយណាដែលអាចទទួលយកបានដោយផ្អែកលើតម្រូវការលក្ខណៈបច្ចេកទេស ។ ចំពោះសំណើតំលៃណាដែលមិនឆ្លើយ តបទៅនឹងតម្រូវការលក្ខណៈបច្ចេកទេស នឹងត្រូវដកចេញការវាយតំលៃ ។

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ រក្សាសិទ្ធិក្នុងការទទួលយក ឬ ច្រាន ចោលសំណើ តំលៃ (Quotation) ណាមួយ និងលុបចោលនូវសំណើដាក់តំលៃនេះគ្រប់ពេល មុននឹងសំរេចផ្តល់ សិទ្ធិផ្គត់ផ្គង់ ។

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ នឹងរក្សាសិទ្ធិពន្យាកាលបរិច្ឆេទការ ដាក់សំណើតំលៃ ។

ចំនួនទឹកប្រាក់សរុបនៃសំណើតំលៃនឹងត្រូវធ្វើការកែតម្រូវ ប្រសិនបើមានភាព មិនស្របគ្នានៅក្នុងតំលៃសរុប ដែល បង្ហាញ នៅក្នុងសំណើតំលៃបណ្តាលមកពីការ គណនាតំលៃឯកតា និង ចំនួន ដែលនាំអោយឈ្នះ ក្នុងការដេញថ្លៃនេះ ។ ចំនួន ទឹកសរសេរជាអក្សរ នឹងត្រូវកំណត់យកជាផ្លូវការ ប្រសិនបើការភាពខុសគ្នា រវាងតួលេខ និងអក្សរ ។

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ នឹងរង់ចាំទទួលសំណើតំលៃពីក្រុមហ៊ុនលោក/ លោកស្រី មុនកាលបរិច្ឆេទកំណត់ខាងលើ ។ ចំពោះសំណើតំលៃទាំងឡាយណាដែល ធ្វើជូនមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ ប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ ក្រោយកាលបរិច្ឆេទ នឹងទុកជាមោឃៈ ។

សូមអរគុណ

ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ

# ឧបសម្ព័ន្ធ C

## ឯកសារភ្ជាប់ C2 : គំរូកិច្ចសន្យា

### **ក្រសួងសុខាភិបាល**

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍

សើស្បែក និងកាមរោគ

CDC CoA #1U2GPS001092-01...

លេខ.....

### **កិច្ចសន្យា**

កិច្ចសន្យានេះធ្វើឡើងនៅថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ.....នៅរាជធានីភ្នំពេញ, ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា រវាងមជ្ឈមណ្ឌល  
ជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ (ក្នុងនេះហៅថា ម្ចាស់សំណង់ ឬ ភាគី "ក ") និងក្រុមហ៊ុន.....  
(ក្នុងនេះហៅថា អ្នកម៉ៅការ ឬ ភាគី "ខ ") ។

**ដោយហេតុថា** ម្ចាស់សំណង់មានបំណងចង់ជួលសេវាកម្មជួសជុល.....នៅក្នុងខេត្ត.....(នៅក្នុងនេះហៅថា  
"ការជួសជុល") ដែលត្រូវអនុវត្តដោយអ្នកម៉ៅការ ឬ ក្រុមហ៊ុន..... និងព្រមទទួលយក សំណើតម្លៃដាក់ដោយ  
ក្រុមហ៊ុន.....ចុះថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ.....សំរាប់ដំណើរការជួសជុល និងបញ្ចប់ការងារ និងកែសំរួលរាល់កង្វះខាត ទាំង  
ឡាយដែលមាននៅសល់ ។

### **ឥឡូវនេះ ភាគីទាំងសងខាងយល់ព្រមដូចខាងក្រោម :**

១. ការដាក់សំណើតម្លៃរបស់អ្នកម៉ៅការ និងការទទួលយកលើសំណើរបស់ម្ចាស់សំណង់ បង្កើតជាកិច្ចសន្យានេះ ។  
ភាគីទាំងសងខាងយល់ព្រមដូចតទៅ :

### **ការអនុវត្តកិច្ចសន្យាជួសជុល**

២. អ្នកម៉ៅការនឹងត្រូវអនុវត្តការងារជួសជុល.....(នៅក្នុងនេះហៅថា "ការជួសជុល") ដូចដែលមានបញ្ជាក់  
នៅក្នុង "ប្លង់ (Plan) និងតារាងតម្រូវការសាងសង់ (Bill of Quantities) " ភ្ជាប់ជាមួយនឹងកិច្ចសន្យានេះ ត្រូវចាត់  
ទុកជាផ្នែកមួយក្នុងកិច្ចសន្យានេះ ។

៣. អ្នកម៉ៅការនឹងត្រូវអនុវត្តការងារជួសជុលនេះពីថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ.....រហូតដល់ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ.....  
ឬ ក្នុងរយៈពេលបន្តបន្ទាប់មួយដែលមានការយល់ព្រមដោយភាគីទាំងសងខាង ។

៤. ម្ចាស់សំណង់ តាមរយៈភ្នាក់ងាររបស់ខ្លួននៅតាមបណ្តាខេត្ត, នឹងត្រួតពិនិត្យដំណើរការជួសជុល, ត្រួតពិនិត្យ  
ការងារ, និងបញ្ជាក់ពីចំណុចខ្លះខាតដែលមានអោយអ្នកម៉ៅការដឹង ។ អ្នកម៉ៅការត្រូវជួសជុល កន្លែងខ្លះខាត ទាំង  
នោះដោយមិនគិតកំរៃក្នុងកំឡុងពេលមួយជាក់លាក់ដែលយល់ព្រមដោយភាគីទាំងសងខាង ។

៥. លិខិតបញ្ជាក់ការបញ្ចប់ការងារជួសជុល នឹងផ្តល់អោយអ្នកម៉ៅការនៅពេលដែលសំរេចថា ការជួសជុលនេះ  
ធ្វើឡើង ដោយពេញចិត្ត និងការកែលម្អត្រូវបានបំពេញ ។

**៦. ការបង់ប្រាក់**

អ្នកម៉ៅការនឹងត្រូវបង់ប្រាក់សរុបចំនួន.....ដុល្លារអាមេរិក (ជាអក្សរ.....) សំរាប់ការអនុវត្ត និង បញ្ចប់ ការងារជួសជុល ។

- ការបង់ប្រាក់មុនស្មើនឹង ២០% នៃតំលៃក្នុងកិច្ចសន្យាអោយអ្នកម៉ៅការ នឹងត្រូវធ្វើឡើងបន្ទាប់ពីចុះ កិច្ចសន្យារួច ដើម្បីចាប់ផ្តើមអនុវត្តការងារ ។
  - ការបង់ប្រាក់ស្មើនឹង ៧០% នៃតំលៃក្នុងកិច្ចសន្យានឹងត្រូវផ្តល់ជូនអ្នកម៉ៅការ បន្ទាប់ពីដាក់ជូននូវវិក័យប័ត្រស្តីពី ការបញ្ចប់ការងារជួសជុល ដែលទទួលស្គាល់ដោយមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត និងមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ ។
  - ទឹកប្រាក់នៅសល់ស្មើនឹង ១០% នឹងត្រូវរក្សាទុកជាប្រាក់ដក់ ១រតេនេត្យន ម្យ៉ាងយេច សំរាប់រយៈពេលពី ៦ -១២ ខែ ហើយនឹងផ្តល់ជូនអ្នកម៉ៅការ នៅពេលមជ្ឈមណ្ឌលជាតិបញ្ជាក់ថា ការងារជួសជុលនេះធ្វើឡើងដោយគោរព តាមលក្ខខ័ណ្ឌនៃកិច្ចសន្យាទាំងស្រុង និងពេញចិត្តពេញថ្លើម ។
៧. ការបង់ប្រាក់នឹងធ្វើឡើងដោយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ ជូនទៅអ្នកម៉ៅការ ឬ តំណាងអ្នកម៉ៅការដែលត្រូវបានប្រគល់សិទ្ធិអោយមកទទួលយកការបង់ប្រាក់ ។
៨. ក្នុងការពិចារណាបង់ប្រាក់, អ្នកម៉ៅការត្រូវព្រមព្រៀងជាមួយម្ចាស់សំណង់ក្នុងការអនុវត្ត និងជួសជុលនូវ កង្វះខាត ដែលកើតមាន ដោយគោរពទៅតាមលក្ខខ័ណ្ឌទាំងឡាយនៅក្នុងកិច្ចសន្យា ។
៩. ម្ចាស់សំណង់ នឹងធ្វើការបង់ប្រាក់ជូនអ្នកម៉ៅការដោយពិចារណាលើការអនុវត្តការងារ និងការជួសជុល ដែលបាន បំពេញចប់សព្វគ្រប់ ។

ដើម្បីជាសាក្សី, ភាគីទាំងសងខាងយល់ព្រមបង្កើតកិច្ចសន្យានេះដើម្បីអនុវត្តការងារជួសជុលដោយយោងតាមលក្ខខ័ណ្ឌ ច្បាប់នៃព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ។

ចុះហត្ថលេខា, បិតស្រោមជិត, បញ្ជូនដោយ \_\_\_\_\_ ជា \_\_\_\_\_ (តំណាងម្ចាស់សំណង់)

ចុះហត្ថលេខា, បិតស្រោមជិត, បញ្ជូនដោយ \_\_\_\_\_ ជា \_\_\_\_\_ (តំណាងអ្នកម៉ៅការ)

**ឧបសម្ព័ន្ធ D : ផែនការសកម្មភាព**

National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STD

US CDC Coop. Agreement No.: .....

Sub Component .....

**Annual/Quarterly work plan for year 5 activities**

Object Class	Acct. Code	Descriptions	Annual Budget	Time frame				Expected output
				Q1	Q2	Q3	Q4	
<b>PERSONNEL</b>			<b>\$ 0.00</b>					
<b>TRAVEL</b>			<b>0.00</b>					
		<b>Domestic</b>	<b>0.00</b>					
		<b>International</b>	<b>0.00</b>					
<b>EQUIPMENT</b>			<b>0.00</b>					
<b>SUPPLIES</b>			<b>0.00</b>					
<b>CONTRACTUAL</b>			<b>0.00</b>					
<b>OTHER</b>			<b>0.00</b>					
<b>TOTAL</b>			<b>0.00</b>					

**ឧបសម្ព័ន្ធ E : គម្រោងផែនការលទ្ធកម្ម**

National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STD  
 US CDC Coop. Agreement No.: .....  
 Sub Component .....

**PROCUREMENT PLAN FOR YEAR 5**

No	ITEMS TO BE PROCURED (Detail Technical Specification)	NEED												Budget Code	Budget Approved	Remarks	
		Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul				
<b>GOODS</b>																	
	<b>Sub total</b>															\$ -	
<b>SERVICES</b>																	
	<b>Sub total</b>															\$ -	
<b>CIVIL WORKS</b>																	
	<b>Sub total</b>															\$ -	
<b>Total Procurement for year 5</b>															\$ -		

**ឧបសម្ព័ន្ធ F : វិបបទស្នើសុំ បំពេញប្រាក់បន្ថែម**

Ministry of Health  
NCHADS - US CDC/GAP  
Cooperative Agreement No.: .....  
Sub-Component: .....

**Documents for Monthly Liquidation/Replenishment  
For.....**

1. Withdrawal Application
2. Statement of Expenditure Sheet(s) (SOE)
3. Advance Account Reconciliation Statement
4. Withdrawal Application Register (Copy)



**ឧបសម្ព័ន្ធ F**

**ឯកសារភ្ជាប់ F1 : លិខិតស្នើសុំបំពេញប្រាក់បន្ថែម**

**ក្រសួងសុខាភិបាល**

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍  
សើស្បែក និងកាមរោគ  
CDC CoA #1U2GPS001092-01...

**ពាក្យសុំប្រាក់**

ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ :

ពាក្យសុំលេខ : .....

**ជូនចំពោះ :**

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ

**ប្រភេទនៃការបើកប្រាក់**

- ប្រាក់បុរេប្រទានលើកដំបូង
- ការសុំប្រាក់បំពេញបន្ថែម
- ការជំរះបញ្ជី (Liquidation)

**គោរពជូន**

លោកវេជ្ជ. មាន ឈីវ៉ុន

ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ

តបតាមកិច្ចព្រមព្រៀងរវាងមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ និង CDC សំរាប់អនុវត្ត  
គំរោង **"គំរោងគាំទ្រសកម្មភាព និងពង្រីកការបង្ការការចំលងមេរោគអេដស៍/កាមរោគ នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា"** និង  
និយាមនៃបែបបទសំរាប់អនុវត្តកម្មវិធី សូមទូទាត់ព័ត៌មាននៃកិច្ចព្រមព្រៀងនៅក្នុងគណនីរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិដើម្បី  
បំពេញទឹកប្រាក់បន្ថែម/ជំរះបញ្ជី របស់គណនីគំរោងនូវចំនួនទឹកប្រាក់.....ដុល្លារ (ជាអក្សរ) ។

ចំនួនទឹកប្រាក់ខាងលើ គឺសំរាប់ការចំណាយសមស្របដែលមានបញ្ជាក់នៅក្នុងរបាយការណ៍ចំណាយសំរាប់រយៈពេលពី  
ថ្ងៃ...ខែ...ឆ្នាំ... ដល់ ថ្ងៃ...ខែ...ឆ្នាំ... មកគណនីដូចមានបញ្ជាក់ខាងក្រោម :

ឈ្មោះធនាគារ :

អ័ស្សនាវដ្តនៃធនាគារ :

លេខគណនី :

ឈ្មោះគណនី :

ឈ្មោះអ្នកទទួល :

ពាក្យសុំដកប្រាក់នេះមានចំនួន.....ទំព័រ រួមមាន របាយការណ៍ចំណាយ ១ ទំព័រ និង ចំនួនទឹកប្រាក់បុរេប្រទានដើម្បីធ្វើ  
ការផ្ទៀងផ្ទាត់ ១ ទំព័រ ។

.....

ឈ្មោះ និង ត្រា

ឧបសម្ព័ន្ធ F

ឯកសារភ្ជាប់ F2 : របាយការណ៍ស្ថានភាពចំណាយ (SOE)

National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STD  
 US CDC Coop. Agreement No.: .....  
 Sub Component .....

**STATEMENT OF EXPENDITURES (SOE)**

**For the period of (D/M/Y) to (D/M/Y)**

Withdrawal Application No.000 (3 Digits)

Summary Sheet No. 1 of ...

Replenishment

Item No. (1)	Date (2)	Voucher No. (3)	Description of project Expenditures (4)	Expenditure Code (5)	Amount Requested CDC Financing (6)	Amount Requested Gov. Financing (7)	Total (US\$) (8)
<u>Object Class 1</u>	-						\$ -
1							\$ -
<u>Object Class 2</u>	-						\$ -
1							\$ -
<u>Object Class 3</u>	-						\$ -
1							\$ -
				Total			

Approved by:

Certified by:

Prepared by:

ឧបសម្ព័ន្ធ F

ឯកសារភ្ជាប់ F3 : ឯកសារផ្ទៀងផ្ទាត់គណនីបុរេប្រទាន

MOH, NCHADS / US CDC

ADVANCE ACCOUNT RECONCILIATION STATEMENT

For .....

Application No.0 0XX

PRESENT OUTSTANDING AMOUNT ADVANCED NOT YET RECOVERED \$ 5,000

- 1. Amount in 2nd.Generation Account as of ... Per Bank Statement, copy attached xxxxxx
2. Deduct: Outstanding Check: Check no... written to ... on ... , not yet clear the bank as at ...
3. Add: Petty Cash Balance as at .../.../... \$ 5,000
4. Add: Amount of eligible expenditure documented / claimed in attached application number .../.../... 0.00
5. Add: Amount claimed in previous application not yet credit at date of bank statement xxxx
6. Add: Total expenditures not yet claim for replenishment xxxx

TOTAL ADVANCE ACCOUNTED FOR \$5,000

Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Signature, Stamp of NCHADS Director

**ឧបសម្ព័ន្ធ F**

**ឯកសារភ្ជាប់ F4 : តារាងសុំបំពេញប្រាក់បន្ថែម**

National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STD  
 US CDC Coop. Agreement No.: .....  
 Sub Component .....

**KINGDOM OF CAMBODIA  
 NATION-RELIGION-KING**

**Withdrawal Application Register as of ....., 200..**

W/Appln.		Description (Replenishment or Liquidation)	Amount Requested US\$	Received in to Project Account			Post in Ledger
Date	No.			Date	Ref. No.	Amount US\$	Y/N

Approved by:

Checked by:

Prepared by:

**ឧបសម្ព័ន្ធ G : របាយការណ៍ហិរញ្ញវត្ថុប្រចាំខែ**

**Ministry of Health**

**NCHADS- US CDC/GAP**

**Cooperative Agreement No.: .....**

**Sub-Component: .....**

**Documents for Monthly Reporting**

**For .....**

1. Bank Reconciliation (Attached Bank Statement and Project Bank Book)
2. Petty Cash Book,
3. Bank Book
4. Cash Count Sheet
5. Expenditures by Program Component
6. Advance Account Reconciliation Statement
7. Advance Book

**ឧបសម្ព័ន្ធ G**

**ឯកសារភ្ជាប់ G1 : ឯកសារផ្សំផ្គត់ផ្គង់គណនីធនាគារ**

**Ministry of Health**

**NCHADS- US CDC/GAP**

**Cooperative Agreement No.: .....**

**Sub-Component: .....**

**Bank Reconciliation Statement**

Bank: ....., Account Name: ....., Account No.....

For the month of.....

<b>DATE</b>	<b>AMOUNT</b>	
(D/M/Y) Balance per Bank Statement		line 1
(D/M/Y) Balance per project record ( Bank Book Balance)		Line2
Bank balance is higher or lower than project Record	\$0.00	line 1
minus line 2		

**Explanation of Difference**

Bank Balance \$0.00

\_ Check number \_\_\_\_\_ written to \_\_\_\_\_

**Adjusted Balance**

**Equal to balance of Project record**

**Approved by:**

**Date**

**Checked by:**

**Date**

**Prepared by:**

**Date**

ឧបសម្ព័ន្ធ G

ឯកសារភ្ជាប់ G2 : បញ្ជីរកតម្រូវធនាសាច់ប្រាក់

Ministry of Health

NCHADS- US CDC/GAP

Cooperative Agreement No.: .....

Sub-Component: .....

Petty Cash Book

Account code.....

Date	Voucher No	Descriptions	Object Class	Expenditures Code	Cash Debit	Cash Credit	Cash Balance
1	2	3	4	5	6	7	8
							\$ -
							\$ -
							\$ -
							\$ -
		<i>Month End</i>					
		Total Current Month			\$ -	\$ -	\$ -
		Total as of Last Month			\$ -	\$ -	
		Total as of Current Month			\$ -	\$ -	\$ -

Approved by:

Checked by:

Prepared by:



**ឧបសម្ព័ន្ធ G**

**ឯកសារភ្ជាប់ G3 : ឯកសាររាប់សាច់ប្រាក់**

**Ministry of Health**

**NCHADS- US CDC/GAP**

**Cooperative Agreement No.: .....**

**Sub-Component: .....**

**Bank Book (Second Generation Account)**

Bank's Name: ....., Account Number.....

Account (Code): .....

Date	Voucher No.	Descriptions	Object Class	Account Code	Debit	Credit	Balance
1	2	3		4	5	6	7
							\$ -
							\$ -
							\$ -
		<i>Month End</i>					
		Total Current Month			\$ -	\$ -	\$ -
		Total as of Last Month			\$ -	\$ -	\$ -
		Total as of Current month			\$ -	\$ -	\$ -

Approved by:

Checked by:

Prepared by:

**ឧបសម្ព័ន្ធ G**

**ឯកសារភ្ជាប់ G4 : សៀវភៅធនាគារ**

**Ministry of Health**

**NCHADS- US CDC/GAP**

**Cooperative Agreement No.: .....**

**Sub-Component: .....**

**Cash Count Sheet**

**As at.....**

<b>Currency</b>	<b>Note</b>	<b>Quantity</b>	<b>Amount</b>
<b><u>US Dollar ( I )</u></b>			
	100		-
	50		-
	20		-
	10		-
	5		-
	2		-
	1		-
Sub total ( I )			<b>US\$ \$ -</b>
<b><u>Khmer Riel ( II )</u></b>			
	100,000		-
	50,000		-
	10,000		-
	5,000		-
	2,000		-
	1,000		-
	500		-
	200		-
	100		-
Sub total ( II )			<b>Riel -</b>
Exchange rate 1 USD = ..... Riels			
Sub total ( II )			<b>US\$</b>

Approved by:

Checked by:

Cashier/accountant:

ឧបសម្ព័ន្ធ G

ឯកសារភ្ជាប់ G5 : របាយការណ៍ចំណាយតាមប្រភេទសកម្មភាព

Ministry of Health  
 NCHADS- US CDC/GAP  
 Cooperative Agreement No.: .....  
 Sub-Component: .....

**Project Expenditures Report by Program Activities**  
 For Year: .....

Cat.	Expenditure code	Descriptions	Budget Plan	Accumulative Expend. as of last month	Expend. (US\$)	Expend. (US\$)	Expend. (US\$)	Expend. (US\$)	Balance of Budget plan (US\$)	Committed as of project period ended *	Plan for next Year (US\$) **
			\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
			\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
								\$ -	\$ -		
								\$ -	\$ -		
			\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
								\$ -	\$ -		
								\$ -	\$ -		
			\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
								\$ -	\$ -		
			\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
								\$ -	\$ -		
			\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
								\$ -	\$ -		
<b>Total</b>			\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -

Approved by:

Checked by:

Prepared by:

ឧបសម្ព័ន្ធ G

ឯកសារភ្ជាប់ G6 : របាយការណ៍ចំណាយតាមខ្នងថវិកា

Ministry of Health  
 NCHADS- US CDC/GAP  
 Cooperative Agreement No.: .....  
 Sub-Component: .....

Financial Report by Object Class  
 For Year:.....

Object Class	Acct. Code	Descriptions	Annual Budget	Accumulative expenditure as of last month	Expenditures				Budget Balance
PERSONNEL				0.00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
TRAVEL			0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	\$ -
		Domestic	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	\$ -
		International	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	\$ -
EQUIPMENT			0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	\$ -
SUPPLIES			0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	\$ -
CONTRACTUAL			0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	\$ -
OTHER			0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	\$ -
TOTAL			\$ 0.00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 0.00

Approved by:

Checked by:

Prepared by:

ឧបសម្ព័ន្ធ G

ឯកសារភ្ជាប់ G7 : ឯកសារផ្ទៀងផ្ទាត់គណនីបុរេប្រទាន

NCHADS- US CDC/GAP

PPU ADVANCE ACCOUNT RECONCILIATION STATEMENT

For.....

Application No.0 0XX

PRESENT OUTSTANDING AMOUNT ADVANCED NOT YET RECOVERED \$ 5,000

- 1. Amount in 2nd.Generation Account as of ... Per Bank Statement, copy attached xxxxxx
2. Deduct: Outstanding Check: Check no..... written to ..... on ..... , not yet clear the bank as at .....
3. Add: Petty Cash Balance as at .../.../..... \$ 5,000
4. Add: Amount of eligible expenditure documented / claimed in attached application number .../.../..... 0.00
5. Add: Amount claimed in previous application not yet credit at date of bank statement xxxx
6. Add: Total expenditures not yet claim for replenishment xxxx

TOTAL ADVANCE ACCOUNTED FOR \$5,000

Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Signature, Stamp of NCHADS Director

ឧបសម្ព័ន្ធ G

ឯកសារភ្ជាប់ G8 : បញ្ជីរកតម្រូវប្រាក់បុរេប្រទាន

Ministry of Health  
NCHADS/US CDC  
Grant No.: .....

KINGDOM OF CAMBODIA  
NATION-RELIGION-KING

**ADVANCE BOOK**

For Year .....

Date	Voucher No	Descriptions	Category	Component / Expenditure Code	Cash		
					Debit	Credit	Balance
Beginning forward from September 2007							\$ -
							\$ -
							\$ -
							\$ -
<b>TOTAL</b>					\$ -	\$ -	\$ -

Approved by:

Checked by:

Prepared by:

## ឧបសម្ព័ន្ធ H : របាយការណ៍ស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុ

### FINANCIAL STATUS REPORT (Short Form)

(Follow instructions on the back)

1. Federal Agency and Organizational Element to Which Report is Submitted	2. Federal Grant or Other Identifying Number Assigned By Federal Agency	OMB Approval No. <b>0348-0038</b>	Page of  pages
3. Recipient Organization (Name and complete address, including ZIP code)			
4. Employer Identification Number 1900216742-A1	5. Recipient Account Number or Identifying Number	6. Final Report <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	7. Basis <input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> Accrual
8. Funding/Grant Period (See instructions) From: (Month, Day, Year)	To: (Month, Day, Year)	9. Period Covered by this Report From: (Month, Day, Year)	To: (Month, Day, Year)
10. Transactions:	I Previously Reported	II This Period	III Cumulative
a. Total outlays			0.00
b. Recipient share of outlays			0.00
c. Federal share of outlays			0.00
d. Total unliquidated obligations			
e. Recipient share of unliquidated obligations			
f. Federal share of unliquidated obligations			
g. Total Federal share(Sum of lines c and f)			0.00
h. Total Federal funds authorized for this funding period			
i. Unobligated balance of Federal funds(Line h minus line g)			0.00
11. Indirect Expense	a. Type of Rate(Place "X" in appropriate box) <input type="checkbox"/> Provisional <input type="checkbox"/> Predetermined <input type="checkbox"/> Final <input type="checkbox"/> Fixed		
	b. Rate	c. Base	d. Total Amount
e. Federal Share			
12. Remarks: Attach any explanations deemed necessary or information required by Federal sponsoring agency in compliance with governing legislation.			
13. Certification: I certify to the best of my knowledge and belief that this report is correct and complete and that all outlays and unliquidated obligations are for the purposes set forth in the award documents.			
Typed or Printed Name and Title		Telephone (Area code, number and extension)	
Signature of Authorized Certifying Official		Date Report Submitted	

NSN 7540-01-218-4387

269-202

Standard Form 269A (Rev. 7-97)  
Prescribed by OMB Circulars A-102 and A-111

ឧបសម្ព័ន្ធ I : របាយការណ៍សកម្មភាព (ប្រចាំត្រីមាស និង ប្រចាំឆ្នាំ)



**NCHADS – US CDC/GAP  
Cooperative Agreement  
Year 6**



Reporting Agency:

(Click to check the appropriate box)

- NCHADS  
 NMCHC

- Banteay Meanchey PHD  
 Battambang PHD  
 Pursat PHD  
 Pailin MHD

Reporting Period:

(Click to check the appropriate box)

- 01 January – 31 March 2008  
 01 April – 30 June 2008  
 01 July – 30 September 2008  
 01 October – 31 December 2008  
 Annual Report 2008

**Executive Summary**

Provide a **one-page summary** of achievements and constraints encountered implementing activities supported by CDC/GAP during the reporting period and plans for the next reporting period.

For each of the program areas listed below, please describe Accomplishments, Constraints and Plans for the next reporting period. See attachment for activity examples supported by CDC under each program area.

1. **Accomplishments** - Describe significant accomplishments and impact of activities conducted with CDC/GAP support, as applicable. Relevant activities include:
  - a. Policies, standards, guidelines and materials development
  - b. Meetings, reviews, workshops
  - c. Training programs (details must be reported in the annex)
  - d. Monitoring, supervision and field visits relevant to the program area
  - e. Activities supported and services provided (details on selected services must be provided in the annex)
2. **Constraints** - Describe limitations and problems encountered in implementing program activities supported by CDC. Include solutions identified or plans for resolving the identified constraints.
3. **Plans for the next reporting period** - Describe all activities planned for the next CDC Cooperative Agreement reporting period.



### **1. Quality improvement program**

This includes activities to develop and implement a national quality improvement program, in particular in the CDC supported provinces. It includes other activities that support quality improvement for HIV services.

**Accomplishments**

**Constraints**

**Plans for next reporting period**

### **2. PMTCT program**

This includes support for a pilot of improved PMTCT practices in Battambang province, as well as activities to improve PMTCT in other supported provinces, and at the national level with NMCHC.

**Accomplishments**

**Constraints**

**Plans for next reporting period**

### **3. HIV surveillance**

This includes work with NCHADS, WHO and other partners to design items for STI surveillance, HIV sentinel surveillance and at-risk population size estimations, as well as other activities in support of HIV surveillance.

**Accomplishments**

**Constraints**

**Plans for next reporting period**

**4. TB-HIV**

Includes activities to ensure proper diagnosis of persons co-infected with TB and HIV, including PITC, feedback to health centers, training for updates in patient management, introduction of decentralized screening and other activities.

**Accomplishments**

**Constraints**

**Plans for next reporting period**

**5. Routine support for the Continuum of Care**

Particularly in CDC supported provinces, these activities include support for attendance at clinical meetings.

**Accomplishments**

**Constraints**

**Plans for next reporting period**

## **6. Procurement**

Describe equipment and supplies procured with CDC support and the benefit to the program

### **Accomplishments**

### **Constraints**

### **Plans for next reporting period**

## **7. Financial Report**

On the separate form provided, enter expenditures by category and submit with this report.

Annexes to submit with the progress report:

1. Training conducted and attended (Table one attached)
2. Routine Monitoring data (see tables below or attach your own form with at least the same information)

Table two: OI/ART clinic

Table three: PMTCT

Table four: TB-HIV

(Note – laboratory performance is reported through NIPH)











**ឧបសម្ព័ន្ធ J : បែបបទគំរូនៃបញ្ជីរសារពើភ័ណ្ណ**

Ministry of Health  
NCHADS/US CDC

KINGDOM OF CAMBODIA  
NATION-RELIGION-KING

Grant No.: .....

For .....

Class of Assets	Asset Identity No.	Description/Specification (include serial/model no. & country of origin)	Purchase date DV reference (M/D/Y)	Quantity	Unit Price	Amount	Location	Condition
<b>National Center for HIV/AIDS Dermatology and STD</b>								
		<b>Sub Total</b>				\$ -		
<b>National Merternity Child Health Center (MNCHC)</b>								
		<b>Sub Total</b>				\$ -		
<b>Bantey MeanChey Provincial Health Department (BMC)</b>								
		<b>Sub Total</b>				\$ -		

<b>Battambang Provincial Health Department (BTB)</b>							
		<b>Sub Total</b>				<b>\$ -</b>	
<b>Pursat Provincial Health Department (PST)</b>							
		<b>Sub Total</b>				<b>\$ -</b>	
<b>Pailin Municipality Health Department (PLN)</b>							
		<b>Sub Total</b>				<b>\$ -</b>	
<b>Grand total</b>							

Approved by:

Checked by:

Prepared by:





