**ข้อมูลผู้ขอรับสนับสนุนและการใช้ประโยชน์จากระบบฯ**

**หลักฐานที่แสดงว่าเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ของรัฐหรือได้รับมอบหมายจากต้นสังกัดให้เป็นผู้ยื่นขอรับการสนับสนุนกับกองทุนเพื่อส่งเสริมการอนุรักษ์พลังงาน**

แนบเอกสารหลักฐานที่แสดงว่าเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ของรัฐหรือได้รับมอบหมายจากต้นสังกัดให้เป็นผู้ยื่นขอรับการสนับสนุนกับกองทุนเพื่อส่งเสริมการอนุรักษ์พลังงาน

**หนังสือรับรองการไม่มีไฟฟ้า หรือ ไฟฟ้าไม่เสถียรของการไฟฟ้าจำหน่ายเข้าสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)**

เขียนที่.............................................................

วันที่.............. เดือน........................... พ.ศ......................

ข้าพเจ้า.................................................................. ตำแหน่ง.............................................................. ในนามของ..........................................อยู่บ้านเลขที่......................หมู่ที่...................... ถนน.................................ตรอก/ซอย....................................ตำบล/แขวง......................................อำเภอ/เขต............................................

จังหวัด...........................................ขอรับรองว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.............................................เลขที่..........................หมู่ที่.................ตำบล/แขวง.................................... อำเภอ/เขต....................................... จังหวัด....................................... เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ไม่มีไฟฟ้าของการไฟฟ้าจำหน่ายเข้าสู่โรงพยาบาล ว่าเป็นความจริงทุกประการ

เพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).................................................................... ผู้มีอำนาจลงนาม

(..............................................................)

(ลงชื่อ)...................................................................... พยาน

(...................................................................)

(ลงชื่อ)...................................................................... พยาน

(...................................................................)

**แผนที่ตั้งแสดงพื้นที่สำหรับติดตั้งระบบผลิตไฟฟ้าพลังงานแสงอาทิตย์**

สถานที่ตั้ง :

โทรศัพท์ :

พิกัดพื้นที่ :

แผนที่สังเขปแสดงตำแหน่งที่ตั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่จะติดตั้งระบบผลิตไฟฟ้าพลังงานแสงอาทิตย์

แผนผังบริเวณแสดงพื้นที่สำหรับติดตั้งระบบผลิตไฟฟ้าพลังงานแสงอาทิตย์

82

กห**(แสดงระยะห่างระหว่างจุดที่ตั้งระบบกับตัวอาคารของ รพ.สต.**

**ไม่ควรเกิน 100 เมตร)**

ภาพถ่ายแสดงบริเวณสถานที่ที่ใช้เป็นที่ตั้งระบบผลิตไฟฟ้าพลังงานแสงอาทิตย์ (ภาพที่ 1)

ภาพถ่ายแสดงบริเวณสถานที่ที่ใช้เป็นที่ตั้งระบบผลิตไฟฟ้าพลังงานแสงอาทิตย์ (ภาพที่ 2)

83

**ข้อมูลการใช้หลอดไฟแสงสว่างภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)**

**แบบแสดงข้อมูลการใช้หลอดไฟแสงสว่างภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)**

**คำชี้แจง** สำนักงานบริหารกองทุนเพื่อส่งเสริมการอนุรักษ์พลังงาน ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาข้อเสนอในการณีที่หลอดไฟแสงสว่างที่สามารถเข้าร่วมโครงการไม่อยู่ในเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

1. มีการใช้งานไม่ต่ำกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน จำนวน 250 วันต่อปี หรือรวมไม่น้อยกว่า 2,000 ชั่วโมงต่อปี
2. ขอเปลี่ยน/ทดแทนหลอดไฟแบบเดิมเป็นหลอดประหยัดพลังงาน LED ดังนี้

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **หลอดเดิม** | | **หลอด LED ที่นำมาทดแทน** | | |
|  | **ประเภทหลอด** | **ขนาดอุปกรณ์ (วัตต์)** | **ประเภทหลอด** | **ขนาดอุปกรณ์ (วัตต์)** |
| 1 | ฟลูออเรสเซนต์ (T8) | 18 | LED Tube (60 cm.) | ไม่เกิน 9 |
| 2 | ฟลูออเรสเซนต์ (T8) | 36 | LED Tube (120 cm.) | ไม่เกิน 18 |
| 3 | ฟลูออเรสเซนต์ (T5) | 28 | LED Tube (120 cm.) | ไม่เกิน 18 |
| 4 | คอมแพคฟลูออเรสเซนต์ A60 E27 | ไม่เกิน 36 | LED A60 E27 Bulb | ไม่เกิน 18 |
| 5 | คอมแพคฟลูออเรสเซนต์ E29 | ไม่เกิน 20 | LED E29 Bulb | ไม่เกิน 10 |

**1. ข้อมูลการใช้หลอดไฟแสงสว่างภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **หลอดเดิม** | | | | **ข้อมูลการใช้งาน** | | |
|  | **ประเภทหลอด** | **ขนาดอุปกรณ์ (วัตต์)** | **จำนวน (หลอด)** | **จำนวนชั่วโมงใช้งาน (ชม.ต่อวัน)** | | **จำนวนวันใช้งาน (วันต่อปี)** | **ชั่วโมงทำงานทั้งปี (ชม.ต่อปี)** |
| 1 | ฟลูออเรสเซนต์ (T8) | 18 |  |  | |  |  |
| 2 | ฟลูออเรสเซนต์ (T8) | 36 |  |  | |  |  |
| 3 | ฟลูออเรสเซนต์ (T5) | 28 |  |  | |  |  |
| 4 | คอมแพคฟลูออเรสเซนต์ A60 E27 | ไม่เกิน 36 |  |  | |  |  |
| 5 | คอมแพคฟลูออเรสเซนต์ E29 | ไม่เกิน 20 |  |  | |  |  |

85

**2. แนวทางและวิธีการจัดการหลอดไฟเก่าและอุปกรณ์ส่วนควบที่รื้อถอน**

ในการถอดเปลี่ยนหลอดไฟตามโครงการนี้ จะมีหลอดไฟเดิมที่ถอดออกมา พร้อมอุปกรณ์อื่นๆที่ไม่มีความจำเป็นต้องใช้สำหรับหลอดแอลอีดี อาทิเช่น บัลลาสต์ สตาร์ทเตอร์ ด้วยโครงการนี้เป็นโครงการที่รักษาสิ่งแวดล้อม ลดพลังงานที่ไม่จำเป็นและสูญเปล่า จึงตระหนักว่าต้องจัดหากรรมวิธีที่จะ กำจัดหรือปรับปรุงแก้ไข หลอดไฟ วัสดุ อุปกรณ์ ที่ถอดเปลี่ยนและไม่มีความจำเป็นต้องใช้ โดยมีการพิจารณาเป็น ๒ แนวทาง

๑. หลอดไฟ หรืออุปกรณ์ที่ “**สามารถใช้งานได้**” จะทำความสะอาดและจัดเก็บไว้ เพื่อนำไปบริจาค หรือทำโครงการอื่นตามความเหมาะสม ให้แก่หน่วยงานในต่างจังหวัด หรือที่มีความต้องการใช้หลอดไฟ หรืออุปกรณ์ ชนิดเดิม

๒. หลอดไฟ หรืออุปกรณ์ที่ “**ไม่สามารถใช้งานได้**” หรือใช้งานได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ ในส่วนนี้ทางสถาบันการศึกษา ได้จัดหาผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการทำลาย กำจัด จัดเก็บ ที่มีความรู้ ความสามารถ เฉพาะด้าน เพื่อการทำลายอย่างถูกต้อง และรักษาสิ่งแวดล้อม สามารถตรวจสอบระบบการทำลายหรือกำจัดของเสียได้ โดยโรงงานอุตสาหกรรมที่ได้รับอนุญาตให้กำจัดขยะ สิ่งของเหลือใช้ อุปกรณ์เคมี อิเล็กทรอนิคส์ และอื่นๆ มีใบอนุญาตโรงงานในการกำจัดขยะ ออกโดยส่วนราชการที่ถูกต้องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

86

**การรับรองความถูกต้องของข้อมูล**