



ที่ พร ๐๐๓๗.๒/ว ๑๕๙

ศาลากลางจังหวัดแพร่
ถนนไชยบูรณ์ พร ๕๕๐๐๐

๒ มกราคม ๒๕๕๔

เรื่อง ประกาศหลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคลขององค์การบริหารส่วนตำบล

เรียน นายอำเภอ ทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศคณะกรรมการพนักงานส่วนตำบลจังหวัดแพร่ฯ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยคณะกรรมการพนักงานส่วนตำบลจังหวัดแพร่ (ก.อบต.จังหวัดแพร่) ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๕๔ เมื่อวันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๕๔ ได้มีมติเห็นชอบจัดทำประกาศกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคลขององค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน ๑ ฉบับ ได้แก่

-เรื่อง สิทธิประโยชน์ของพนักงานจ้างองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. ๒๕๕๔
(รายละเอียดตามประกาศที่ส่งมาด้วย)

จึงเรียนมาเพื่อแจ้งองค์การบริหารส่วนตำบลในเขตพื้นที่ทราบและถือปฏิบัติต่อไป
ทั้งนี้ ได้แจ้งเรื่องดังกล่าวผ่านทางเว็บไซต์สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดแพร่
ทาง www.phrae.local.go.th

ขอแสดงความนับถือ


(นายเสรี คำภิรธัมโม)
ของผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดแพร่
ประธาน ก.อบต.จังหวัดแพร่

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด

กลุ่มงานมาตรฐานการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น

โทรศัพท์. ๐-๕๔๕๓-๔๕๐๔-๕ ต่อ ๑๗-๑๙ ส่ง Fax. ต่อ ๒๑-๒๒



ประกาศคณะกรรมการพนักงานส่วนตำบลจังหวัดแพร่
เรื่อง สิทธิประโยชน์ของพนักงานจ้างองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. ๒๕๕๔

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๓ (๒) ประกอบกับมาตรา ๒๕ วรรคเจ็ด แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ และข้อ ๒๕ (๔) (๕) (๖) ข้อ ๓๓ แห่งประกาศ ก.อบต.จังหวัดแพร่ เรื่อง มาตรฐานทั่วไปเกี่ยวกับพนักงานจ้าง ลงวันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๔๗ คณะกรรมการกลางพนักงานส่วนตำบล ในการประชุมครั้งที่ ๙/๒๕๕๓ เมื่อวันที่ ๒๙ ตุลาคม ๒๕๕๓ และ คณะกรรมการพนักงานส่วนตำบลจังหวัดแพร่ ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๕๔ เมื่อวันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๕๔ ได้มีมติกำหนดสิทธิประโยชน์ของพนักงานจ้างองค์การบริหารส่วนตำบล (เพิ่มเติม) ไว้มีเนื้อหาเช่นเดียวกับที่ ก.อบต. กำหนด ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการพนักงานส่วนตำบลจังหวัดแพร่ เรื่อง สิทธิประโยชน์ของพนักงานจ้างองค์การบริหารส่วนตำบล”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันประกาศ

ข้อ ๓ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ

พนักงานจ้างที่ได้รับคำสั่งจากผู้มีอำนาจอนุญาตให้เดินทางไปปฏิบัติหน้าที่ราชการ มีสิทธิเบิก ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการตามกฎหมายหรือระเบียบว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการของ พนักงานส่วนตำบลโดยอนุโลม

ข้อ ๔ ค่าเบี้ยประชุม

พนักงานจ้างที่ได้รับแต่งตั้งเป็นกรรมการหรืออนุกรรมการหรือเลขานุการหรือ ผู้ช่วยเลขานุการในคณะกรรมการแล้วแต่กรณี มีสิทธิได้รับเบี้ยประชุมตามกฎหมาย ระเบียบ หรือหลักเกณฑ์ว่า ด้วยเบี้ยประชุมกรรมการเช่นเดียวกับพนักงานส่วนตำบลโดยอนุโลม

ข้อ ๕ ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม

กรณีที่องค์การบริหารส่วนตำบลมีความประสงค์ที่จะให้พนักงานจ้างเข้ารับการฝึกอบรม สัมมนาทางวิชาการ เพื่อพัฒนาหรือเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ให้พนักงาน จ้างดังกล่าวมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมเช่นเดียวกับพนักงานส่วนตำบลโดยอนุโลม

ข้อ ๖ ให้พนักงานจ้างองค์การบริหารส่วนตำบลมีสิทธิได้รับเงินทดแทนกรณีพนักงานจ้าง ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย เนื่องจากการทำงานให้ราชการ โดยให้นำประกาศคณะกรรมการบริหาร พนักงานราชการ เรื่อง ค่าตอบแทนและสิทธิประโยชน์ของพนักงานราชการ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๕๒ ข้อ ๘ มาบังคับใช้โดยอนุโลม สำหรับการเบิกจ่ายเงินดังกล่าวให้เบิกจ่ายจากงบประมาณขององค์การบริหาร ส่วนตำบล

ทั้งนี้ การยื่นคำร้องขอใช้สิทธิให้กรอกข้อความในแบบ (พจจ./สป. ๑ และ พจจ./สป. ๒) ที่แนบท้ายประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๔

(นายเสรี คำภีร์ธมโม)
รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดแพร่
ประธาน ก.อบต.จังหวัดแพร่

แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้อง
ขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

สำหรับพนักงานจ้าง หรือผู้ยื่นคำร้องกรอก
องค์การบริหารส่วนจังหวัด/เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล.....

1. ชื่อพนักงานจ้างที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี
ภูมิลำเนาบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ครอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....เลขที่บัตรประกันสังคม.....
2. วัน เดือน ปี ที่พนักงานจ้างได้รับการจ้าง.....ตำแหน่งหน้าที่ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย.....
3. เวลาทำงานปกติเริ่ม.....น. เลิก.....น. ทำงานสัปดาห์ละ.....วัน
4. ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ได้รับค่าตอบแทน.....เดือนละ.....บาท
5. รายได้อื่น เช่น ค่าครองชีพ ค่าอาหาร ค่าเบี้ยเลี้ยง ฯลฯ (ถ้ามีให้แจ้งรายละเอียด).....
6. การประสบอันตรายเกิดขึ้นที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
7. วัน เดือน ปี ที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย.....เวลา.....น. วัน เดือน ปี ที่หน่วยงานทราบ.....
8. วัน เดือน ปี ที่พนักงานจ้างเริ่มหยุดงาน.....วัน เดือน ปี ที่กลับเข้าทำงาน.....
9. สาเหตุที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (อธิบายว่าเกิดขึ้นอย่างไร).....
10. ผลของการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย (ระบุวิยวะหรืออาการ เช่น แขนขาขาด).....
11. ชื่อและที่อยู่ของพยาน หรือผู้รู้เห็นเหตุการณ์.....
12. ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงาน/ส่วนราชการที่จ้างพนักงานจ้าง
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานจ้าง/ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

1. ให้พนักงานจ้างหรือผู้มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินทดแทนภายใน 180 วันนับแต่วันที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย
2. องค์การบริหารส่วนจังหวัดอาจขอเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้ตามกฎหมาย (พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 มาตรา 57)
3. ผู้ใดแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดซึ่งอาจทำให้ผู้อื่นหรือประชาชนเสียหาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 1,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137)

หนังสือรับรองของแพทย์ผู้รักษา

ข้าพเจ้า (นายแพทย์, แพทย์หญิง).....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....
สถานที่ตรวจรักษา.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ได้ตรวจรักษาแล้วขอรับรอง ดังนี้

1. ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....เพศ.....อายุ.....ปี

H.N.A.N.

2. เข้ารับการรักษาครั้งแรกวันที่.....เวลา.....น.

☐ กรณีเจ็บป่วยจากการทำงาน ☐ กรณีประสบอันตรายจากการทำงาน

3. สาเหตุของการเจ็บป่วย / ประสบอันตราย.....

4. ประวัติการเจ็บป่วยและอาการที่สำคัญ.....

5. ผลการตรวจร่างกายที่สำคัญ.....

(Pertinent Physical Exam).....

6. ผลการตรวจพิเศษ.....

(Investigation).....

7. การวินิจฉัยโรค (ให้ระบุชื่อโรคโดยใช้หลักตาม ICD10) 1.....

2.....

3.....

(Diagnosis).....

โรคแทรก.....

8. การรักษา ☐ แนะนำ ☐ ยา, แนะนำ ☐ ผ่าตัด ☐ หัตถการอื่น ๆ ระบุ.....

(Treatment)

ถ้ามีการผ่าตัด 1.....

วันที่.....

2.....

วันที่.....

9. ระยะเวลาหยุดพักรักษาตัว ☐ มีกำหนด.....เดือน :.....วัน ตั้งแต่วันที่.....

ถึงวันที่..... ☐ วันสิ้นสุดการรักษา..... ☐ ยังไม่สิ้นสุดการรักษา

10. ผลการรักษา ☐ สุขภาพสมรรถภาพอย่างถาวรของอวัยวะ 1.....ร้อยละ.....

2.....ร้อยละ.....

3.....ร้อยละ.....

☐ ไม่มีการสูญเสีย.....

☐ เสียชีวิตจากสาเหตุ.....

11. ความเห็นอื่น.....

(Comments).....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....