



ประกาศคณะกรรมการพนักงานส่วนตำบลจังหวัดบุรีรัมย์
เรื่อง สิทธิประโยชน์ของพนักงานจ้างองค์การบริหารส่วนตำบล (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของพนักงานจ้างองค์การบริหารส่วนตำบลให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๑ ที่ได้กำหนดสิทธิประโยชน์ให้แก่พนักงานจ้างเพิ่มขึ้น

อาศัยอำนาจตามความใน ๑๓ (๒) มาตรา ๒๕ วรรคเจ็ด แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ประกาศคณะกรรมการกลางพนักงานส่วนตำบล เรื่อง สิทธิประโยชน์ของพนักงานจ้างองค์การบริหารส่วนตำบล (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ ประกาศ ณ วันที่ ๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ประกอบกับข้อ ๒๕ (๖) ของประกาศคณะกรรมการพนักงานส่วนตำบลจังหวัดบุรีรัมย์ เรื่อง หลักเกณฑ์เกี่ยวกับพนักงานจ้าง ประกาศ ณ วันที่ ๑๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ และมติคณะกรรมการพนักงานส่วนตำบลจังหวัดบุรีรัมย์ ในการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๒ จึงมีมติกำหนดสิทธิประโยชน์ของพนักงานจ้างองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๑ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการพนักงานส่วนตำบลจังหวัดบุรีรัมย์ เรื่อง สิทธิประโยชน์ของพนักงานจ้างองค์การบริหารส่วนตำบล (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๑

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความในข้อ ๖ ของประกาศคณะกรรมการพนักงานส่วนตำบลจังหวัดบุรีรัมย์ เรื่อง สิทธิประโยชน์ของพนักงานจ้างองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. ๒๕๕๔ ประกาศ ณ วันที่ ๑๒ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๔ โดยให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๖ ให้พนักงานจ้างได้รับสิทธิประโยชน์และมีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน”

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๒

(นายธีรวัฒน์ วุฒิกุล)
ผู้ว่าราชการจังหวัดบุรีรัมย์
ประธานกรรมการพนักงานส่วนตำบลจังหวัดบุรีรัมย์

แบบแจ้งการประสูติบุตรหรือคลอด หรือสูติหรือตาย และคำร้อง
ขอรับเงินทดแทน ความพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

สำหรับพนักงานจ้าง หรือผู้ยื่นคำร้องกรอก
องค์การบริหารส่วนจังหวัด/เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล _____

1. ชื่อพนักงานจ้างที่ประสูติบุตรหรือคลอด หรือสูติหรือตาย (นาง,นาง,นางสาว) _____ อายุ _____ ปี
ภูมิลำเนาบ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ต. _____ อ. _____ จ. _____
คำบล. _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน _____ เลขที่บัตรประกันสังคม _____

- 2. วัน เดือน ปี ที่พนักงานจ้างได้รับการจ้าง _____ ตำแหน่งหน้าที่ขณะประสูติบุตรหรือคลอด หรือสูติหรือตาย _____
- 3. เวลาทำงานปกติเริ่ม _____ น. ถึง _____ น. ทำงานปกติค่า _____ วัน
- 4. ขณะประสูติบุตรหรือคลอด หรือ สูติหรือตาย ได้รับค่าตอบแทน _____ เดือนละ _____ บาท
- 5. รายได้อื่น เช่น ค่าครองชีพ ค่าอาหาร ค่าเบี้ยเลี้ยง ฯลฯ (ถ้ามีให้แจ้งรายละเอียด) _____

- 6. การประสูติบุตรเกิดขึ้นที่ _____ คำบล. _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____
- 7. วัน เดือน ปี ที่ประสูติบุตรหรือคลอด หรือ สูติหรือตาย _____ น. วัน เดือน ปี ที่หน่วยงานทราบ _____
- 8. วัน เดือน ปี ที่พนักงานจ้างเริ่มทำงาน _____ วัน เดือน ปี ที่กลับเข้าทำงาน _____
- 9. สถานที่ประสูติบุตรหรือคลอด หรือ สูติหรือตาย (อธิบายว่าเกิดขึ้นอย่างไร) _____

- 10. ผลของกรประสูติบุตรหรือคลอด หรือเจ็บป่วย (ระบุวิธีหรืออาการ เช่น มนขางขาด) _____
- 11. ชื่อและที่อยู่ของภรรยา หรือผู้รู้เห็นเหตุการณ์ _____

12. ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา _____ เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ	ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
ลงชื่อ _____ หัวหน้าหน่วยงานส่วนราชการที่จ้างพนักงานจ้าง	ลงชื่อ _____ พนักงานจ้างผู้ยื่นคำร้อง
(_____)	(_____)
ตำแหน่ง _____	ตำแหน่ง _____
วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____	วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

หมายเหตุ

1. ให้พนักงานจ้างหรือผู้ยื่นคำร้องขอรับเงินทดแทนภายใน 180 วันนับแต่วันที่เกิดประสูติบุตรหรือคลอด หรือ สูติหรือตาย
2. องค์การบริหารส่วนจังหวัดอาจขอเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้ตามกฎหมาย (พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 มาตรา 57)

3. ผู้ยื่นคำร้องขอเงินเป็นเหตุแก่การบริหารส่วนจังหวัดซึ่งอาจทำให้ผู้อื่นหรือประชาชนเสียหาย คือระวางโทษ จำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 1,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137)

หนังสือรับรองของแพทย์ผู้รักษา

ข้าพเจ้า (นามแพทย์ผู้รักษา) _____ อยู่ที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม _____

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 (ใช้ระบุชื่อโรคโดยให้ยึดตาม ICD10) 1. _____

2. _____

3. _____

(Diagnosis) _____

โรคแทรก _____

8. การรักษา แนะนำ ห้ามแนะนำ ผ่าตัด หักข้อหรืออื่น ๆ ระบุ _____

(Treatment) _____

ดำเนินการผ่าตัด 1. _____

วันที่ _____

2. _____

วันที่ _____

9. ระยะเวลาหยุดพักการทำงาน มีกำหนด _____ เดือน _____ วัน นับแต่วันที่ _____

ถึงวันที่ _____ วันสิ้นสุดการรักษา ยังไม่สิ้นสุดการรักษา

10. ผลการรักษา สูญเสียอวัยวะถาวรอย่างถาวรของอวัยวะ 1. _____ ร้อยละ _____

2. _____ ร้อยละ _____

3. _____ ร้อยละ _____

ไม่มีการสูญเสีย _____

เสียชีวิตจากสาเหตุ _____

11. ความเห็นอื่น _____

(Comments) _____

ลงชื่อ _____ แพทย์ผู้รักษา

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____