

ด่วนที่สุด

ที่ นศ ๐๐๒๓.๓/ว ๕๕๔๗



ศาลากลางจังหวัดนครศรีธรรมราช
ถนนราชดำเนิน นศ ๘๐๐๐๐

๒๑ ตุลาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ชักซ้อมแนวทางการดำเนินงานโครงการอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
เรียน นายอำเภอทุกอำเภอ และนายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง

อ้างถึง ๑. หนังสือจังหวัดนครศรีธรรมราช ด่วนที่สุด ที่ นศ ๐๐๒๓.๓/ว ๔๑๘๔ ลงวันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๖๓

๒. หนังสือจังหวัดนครศรีธรรมราช ด่วนที่สุด ที่ นศ ๐๐๒๓.๓/ว ๕๓๔๖ ลงวันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๖๓

สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวทางการดำเนินงานโครงการอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นฯ จำนวน ๑ ชุด

ตามที่จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการประกาศรับสมัคร และคัดเลือกบุคคลที่ประสงค์เข้ารับการฝึกอบรมโครงการอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งละ ๒ คน และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกเข้ารับการฝึกอบรมตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนดไว้ นั้น

เพื่อให้การดำเนินงานโครงการอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุวัตถุประสงค์ จังหวัดนครศรีธรรมราช จึงขอชักซ้อมแนวทางการดำเนินงาน โครงการอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (เพิ่มเติม) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่เข้าร่วมโครงการฯ ดังกล่าวต่อไป รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายปรโมทย์ ศรีวิสุทธิ)

ท้องถิ่นจังหวัดนครศรีธรรมราช ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดนครศรีธรรมราช

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด

กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น

โทร. ๐ ๗๕๓๕ ๖๑๔๔ ต่อ ๒๐

ผู้ประสานงาน นางสาวจิรพร แสนแก้ว ๐๘ ๖๒๙๒ ๔๗๒๒

“นครศรีธรรมราช นครแห่งอารยธรรม”

ชักซ้อมแนวทางการดำเนินงาน
โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดนครศรีธรรมราช

การจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นเงินอุดหนุนเฉพาะกิจให้แก่เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อเป็นค่าตอบแทนให้แก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น แห่งละ ๒ คน คนละ ๕,๐๐๐ บาท ต่อเดือน จำนวน ๑๒ เดือน

๑. การปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

๑.๑ เมื่อเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลได้รับแจ้งรายชื่อผู้ผ่านการฝึกอบรมตามโครงการฯ จากสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดแล้ว ให้จัดทำคำสั่งแต่งตั้งเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นและจัดทำบันทึกข้อตกลง เพื่อบอกหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ทั้งนี้ บันทึกข้อตกลงมีรายละเอียดตาม (เอกสาร ๑ - ๒)

๑.๒ ให้เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลจัดทำหนังสือขอความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลประจำอำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อขอให้พิจารณาบอกหมายบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager เพื่อบริการความร่วมมือในการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) /กำกับและติดตามประเมินผล การปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น โดยบูรณาการความร่วมมือในการปฏิบัติงานตามหนังสือ กระทรวงมหาดไทย ที่ มท ๐๘๑๙.๒/ว ๖๔๕๒ ลงวันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

๑.๓ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบลจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)/กำกับและควบคุมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น โดยมีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ ดังนี้

องค์ประกอบ ได้แก่ ปลัดเทศบาลหรือปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นประธาน ผู้อำนวยการสำนัก/กองหรือหัวหน้าสำนักงานปลัด/หัวหน้าส่วน นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานสาธารณสุข หรือบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager จากหน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลประจำอำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นคณะทำงาน และข้าราชการส่วนท้องถิ่นในสังกัดเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลในส่วนที่เกี่ยวข้อง เป็นเลขานุการ/ผู้ช่วยเลขานุการ ตามความเหมาะสมและจำเป็น

อำนาจหน้าที่

(๑) ให้คำปรึกษา แนะนำ ส่งเสริม สนับสนุน และอำนวยความสะดวกให้แก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

(๒) จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ให้แก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

(๓) กำกับและควบคุมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

(๔) ประเมินผลการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น และรายงานผลการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นต่อผู้บริหารท้องถิ่น (เอกสาร ๓)

๑.๔ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นต้องปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๔ คน เว้นแต่กรณีในพื้นที่ที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ถึง ๔ คน ให้ดูแลเท่ากับจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีอยู่จริงในพื้นที่ และตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ไม่น้อยกว่าวันละ ๘ ชั่วโมง และไม่น้อยกว่าเดือนละ ๒๐ วัน ทั้งนี้ ในการปฏิบัติหน้าที่จะต้องลงลายมือชื่อเวลาที่มาปฏิบัติหน้าที่และเวลากลับ เมื่อทำงานในวันนั้น ๆ เสร็จสิ้นทุกครั้ง ณ สถานที่ปฏิบัติงาน และจัดทำผลงานในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทุกวันที่มีการปฏิบัติงาน ตามแนวทางการรายงานผลการปฏิบัติงานฯ (เอกสาร ๔ - ๕)

๑.๕ เมื่อครบระยะเวลาการปฏิบัติงาน ๒๐ วัน แล้ว ให้อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ส่งบัญชีการลงเวลาการปฏิบัติงานและผลงานให้แก่เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งนั้น โดยมีอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเป็นผู้รับรองตนเอง ให้เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งนั้น ไม่เกินวันที่ ๒๖ ของเดือน

๒. การเบิกจ่ายค่าตอบแทน

๒.๑ ให้เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นผู้พิจารณาตรวจสอบเอกสารหลักฐานการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น และให้คำนวณเงินค่าตอบแทนของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ดังนี้

(๑) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นคนใดได้ปฏิบัติหน้าที่ครบวันละไม่น้อยกว่า ๘ ชั่วโมง และไม่น้อยกว่าเดือนละ ๒๐ วัน ให้ได้รับเงินค่าตอบแทน จำนวน ๕,๐๐๐ บาท

(๒) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นคนใดได้ปฏิบัติหน้าที่น้อยกว่า ๒๐ วัน ให้ได้รับค่าตอบแทนตามสัดส่วนจำนวนวันที่ปฏิบัติงานในเดือนนั้น ๆ และหากปฏิบัติหน้าที่ไม่ครบวันละ ๘ ชั่วโมง แต่ไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมง ให้นับเป็นครึ่งวัน

(๓) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นคนใดเมื่อผ่านการฝึกอบรมโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแล้ว ไม่ไปปฏิบัติหน้าที่เป็นระยะเวลา ๑๒ เดือน ให้ขาดใช้ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการฝึกอบรม ซึ่งทางราชการเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายให้ จำนวนเงิน ๙,๕๐๐ บาท (เก้าพันห้าร้อยบาทถ้วน) โดยให้ปรับตามสัดส่วนจำนวนวันที่ไม่ไปปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เดือนละ ๗๙๒ บาท (๒๐ วัน) ให้แก่เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลแล้วแต่กรณี เพื่อส่งคืนสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดที่เป็นผู้ดำเนินการจัดฝึกอบรม เว้นแต่มีเหตุผลความจำเป็นที่ไม่ไปปฏิบัติหน้าที่ได้ เช่น เสียชีวิตระหว่างการปฏิบัติหน้าที่

ทั้งนี้ ในการคำนวณค่าตอบแทนตามสัดส่วนจำนวนวันที่ปฏิบัติงานตาม (๒) หรือการคำนวณค่าปรับตามสัดส่วนจำนวนวันที่ไม่ไปปฏิบัติหน้าที่ตาม (๓) ให้นับระยะเวลา ๒๐ วัน เป็นฐานในการคำนวณค่าตอบแทนหรือค่าปรับดังกล่าว

เมื่อคำนวณเงินค่าตอบแทนแล้วเสร็จ ให้รายงานเสนอต่อปลัดเทศบาลหรือปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อรับรองเอกสารหลักฐานดังกล่าว เพื่อขอเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

๒.๒ การเบิกจ่ายเงินให้แก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ให้เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลขอเบิกเงินค่าตอบแทนที่ได้คำนวณไว้ พร้อมสำเนาเอกสารหลักฐานบัญชีการลงเวลาการปฏิบัติงานที่และผลงานการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ที่ผ่านการรับรองของปลัดเทศบาลหรือปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล โดยให้ส่งกลุ่มงานการเงินบัญชีและการตรวจสอบ สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดนครศรีธรรมราช ไม่เกินวันที่ ๒๘ ของเดือน สำหรับในเดือนแรก (เดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๓) ของการเบิกจ่ายให้แนบเอกสาร ดังนี้

(๑) สำเนาบัตรประชาชนของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

(๒) สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร ๑ บัญชี บัญชีเงินฝากธนาคารใดก็ได้ แต่ชื่อบัญชีต้องเป็นชื่อของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเท่านั้น (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

(๓) แบบแจ้งข้อมูลการรับโอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online (เอกสาร ๖)

๒.๓ สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดจะโอนเงินให้อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นโดยตรง ผ่านบัญชีธนาคารของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

๓. การรายงานผลการดำเนินงาน

๓.๑ ให้เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล รายงานผลการเบิกจ่ายค่าตอบแทนให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดนครศรีธรรมราชทราบ ทุกวันที่ ๓๐ ของทุกเดือน เริ่มตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๓ เป็นต้นไป จนเสร็จสิ้นโครงการโดยให้รายงานทางกลุ่มไลน์ “อาสาสมัครบริหารท้องถิ่น นครศรีฯ” ตามแบบรายงาน

(เอกสาร ๗)

๓.๒ สำหรับบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพที่เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลแต่งตั้ง ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น โดยให้เสนอต่อผู้บริหารท้องถิ่นรับทราบ และให้เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลรายงานคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ตามข้อ ๑.๓ ให้กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด นครศรีธรรมราช ทราบภายในวันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

ตัวอย่าง



คำสั่ง ชื่อ อปท.....

ที่ /๒๕๖๓

เรื่อง แต่งตั้งผู้ผ่านการฝึกอบรมโครงการอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
เพื่อเป็นอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น

ด้วย..... ชื่ออปท.....ได้ประกาศรายชื่อบุคคลที่ผ่านการคัดเลือกเป็นอาสาสมัครบริหาร
ท้องถิ่น และได้ผ่านการฝึกอบรมโครงการอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัด
นครศรีธรรมราช ระหว่างวันที่ - ตุลาคม ๒๕๖๓

ดังนั้น เพื่อแต่งตั้งเป็นอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นตามนโยบายหนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด
ที่ มท ๐๘๑๙.๒/ว ๔๒๕๓ ลงวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓ และหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ด่วนที่สุด
ที่ มท ๐๘๑๙.๒/ว ๓๐๕๗ ลงวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ ดังนี้

๑.

๒.

โดยให้มีหน้าที่ในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น และให้คำนวณเงินค่าตอบแทน
ของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข อัตราค่าตอบแทน และการจ่ายค่าตอบแทนของ
อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปรากฏตามเอกสารแนบท้ายคำสั่ง

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๒ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๓

สั่ง ณ วันที่ เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๓

(.....)

นายก อปท.....

แนบท้ายคำสั่ง

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข อัตราค่าตอบแทน และการจ่ายค่าตอบแทนของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๑. ขอบเขตและเงื่อนไขการทำหน้าที่ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น มีหน้าที่ช่วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้การกำกับดูแลของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งได้รับมอบหมายจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้

๑) ช่วยดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๒) ช่วยเหลือดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น การอาบน้ำ การรักษาความสะอาด การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ การขับถ่าย การไปพบแพทย์ การรับประทานยา เป็นต้น

๓) ให้บริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Basic health care service) เป็นการดูแลสุขภาพ ภายใต้การกำกับของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในพื้นที่ ได้แก่ การพยาบาลพื้นฐาน การฟื้นฟูสมรรถภาพเบื้องต้น การประเมินสุขภาพเบื้องต้น เช่น การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและการประเมินกิจวัตรประจำวันที่ไม่ซับซ้อนมากเกินไป การประเมินภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การทำแผลเบื้องต้น การประเมินสัญญาณชีพ การดูแลเรื่องยาเบื้องต้น กิจกรรมกระตุ้นสมองในกลุ่มที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะแรก การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือมีอาการทางสมอง เป็นต้น

๔) การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้นกับครอบครัวและการประสานความช่วยเหลือกับหน่วยงานต่าง ๆ

๕) ประเมินปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเบื้องต้นและประสานงานในการส่งต่อได้อย่างถูกต้อง

๖) การบริการให้การดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

๗) ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพพื้นฐาน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และกายภาพบำบัดอื่นๆ ตามประเภทและกิจกรรมบริการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

๒. อัตราค่าตอบแทนและการจ่ายค่าตอบแทนของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นที่มีสิทธิได้รับเงินค่าตอบแทนเพื่อเป็นค่าป่วยการชดเชยการทำงานหรือเวลาที่เสียไป จะต้องใช้เวลาในการปฏิบัติหน้าที่ ดังนี้

๑) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นคนใดได้ปฏิบัติหน้าที่ตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ไม่น้อยกว่าวันละ ๘ ชั่วโมง และไม่น้อยกว่าเดือนละ ๒๐ วัน จะได้รับเงินค่าตอบแทนตามอัตราดังนี้

(๑.๑) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุขั้นกลาง จำนวน ๗๐ ชั่วโมง จะได้รับเงินค่าตอบแทนเดือนละ ๕,๐๐๐ บาท

(๑.๒) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุขั้นกลาง จำนวน ๗๐ ชั่วโมง และผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมเพิ่มเติมกับบริบาลท้องถิ่น จำนวน ๕๐ ชั่วโมง ของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ จากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน หรือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่จัดให้มีการอบรมโดยได้รับอนุมัติให้ใช้หลักสูตรจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จะได้รับเงินค่าตอบแทนเดือนละ ๖,๐๐๐ บาท

๒) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นคนใดได้ปฏิบัติหน้าที่ ตามแผนการดูแลรายบุคคล (CarePlan) น้อยกว่า ๒๐ วัน ให้มีสิทธิได้รับเงินค่าตอบแทนตามสัดส่วนจำนวนวันที่ปฏิบัติงานในเดือนนั้น

๓) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นคนใดได้ปฏิบัติหน้าที่ตามแผนการดูแลรายบุคคล (CarePlan) ไม่ครบ ๘ ชั่วโมง แต่ไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมง ให้นับเป็นครึ่งวัน

๓. การพ้นจากการเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

๑) ยื่นหนังสือแจ้งความประสงค์ลาออกต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๓๐ วัน

๒) เมื่อบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในพื้นที่ซึ่งได้รับมอบหมายจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับผู้รับบริการในพื้นที่ ประเมินผลการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแล้วเห็นว่า มีสมรรถนะหรือผลการปฏิบัติงานที่ไม่เหมาะสมต่อการปฏิบัติหน้าที่เช่นหยุด ปฏิบัติหน้าที่เป็นประจำปฏิบัติหน้าที่ไม่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น ให้เสนอความเห็นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณาให้อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นพ้นจากการปฏิบัติหน้าที่

๓) ภายในระยะเวลา ๓ ปี นับแต่วันที่เริ่มปฏิบัติหน้าที่ไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมเพิ่มเติมนักบริบาลท้องถิ่น จำนวน ๕๐ ชั่วโมง ของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติให้ครบ ๑๒๐ ชั่วโมง จากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน หรือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จัดให้มีการอบรมโดยได้รับอนุมัติให้ หลักสูตรจากกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข

๔. การกำกับและควบคุมการปฏิบัติงาน

๑) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้มีการลงเวลาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นให้เหมาะสมกับลักษณะงาน สถานที่ที่ปฏิบัติ

๒) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขอความร่วมมือบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในพื้นที่ซึ่งได้รับมอบหมายจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานและประเมินสมรรถนะของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

๓) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดประชุมอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นทุกๆ ๓ เดือน เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน รับฟังปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนแลกเปลี่ยนผลการปฏิบัติงาน โดยอาจเชิญหน่วยงานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อติดตามและประเมินผลการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น



บันทึกข้อตกลงการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

เลขที่...../....

บันทึกข้อตกลงฉบับนี้ทำขึ้น ณ ที่ทำการสำนักงาน.....

เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ๒๕๖๓ ระหว่าง นาย/นาง/นางสาว.....

ตำแหน่ง.....(นายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล.....(๑).....

ที่อยู่สำนักงาน.....(อบต./เทศบาล)..... เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....ซึ่งต่อไปในบันทึก

ข้อตกลงนี้ เรียกว่า “ผู้ให้ข้อตกลง” ฝ่ายหนึ่ง กับ นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี เลขประจำตัว

ประชาชน ออกบัตรวันที่..... บัตรหมดอายุวันที่

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....ปรากฏตามสำเนาเอกสารแนบท้ายข้อตกลงนี้

ซึ่งต่อไปในบันทึกข้อตกลงนี้ เรียกว่า “ผู้รับข้อตกลง” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงกันดังต่อไปนี้

ข้อ ๑. “ผู้รับข้อตกลง” จะต้องปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นให้กับ.....(อบต./เทศบาล).....เมื่อผ่านการฝึกอบรมโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตั้งแต่วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ถึง วันที่.....เดือน..... พ.ศ. เป็นระยะเวลา ๑๒ เดือน ตามขอบเขตและเงื่อนไขในการทำหน้าที่ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นมีหน้าที่ช่วย.....(อบต./เทศบาล).....ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้การกำกับดูแลของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งได้รับมอบหมายจาก.....(อบต./เทศบาล).....เพื่อให้บริการการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

ข้อ ๒ “ผู้ให้ข้อตกลง” ตกลงจ่ายเงินค่าตอบแทน เพื่อเป็นค่าป่วยการชดเชยการทำงานหรือเวลาที่เสียไป ให้แก่ “ผู้รับข้อตกลง” โดยผู้ให้ข้อตกลงจะจ่ายเงินค่าตอบแทนให้แก่ผู้รับข้อตกลง เมื่อได้ปฏิบัติงานในหน้าที่เสร็จเรียบร้อยถูกต้องและครบถ้วน ตามรายละเอียดการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๔ คน เว้นแต่กรณีในพื้นที่ที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ถึง ๔ คน ให้ดูแลเท่ากับจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีอยู่จริง และเป็นไปตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ที่กำหนดไว้ในเอกสารแนบท้ายข้อตกลงนี้ และคณะกรรมการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Clare Plan) กำกับและควบคุมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ที่ อบต./เทศบาล แต่งตั้ง แล้วแต่กรณี ได้ตรวจรับรองผลการปฏิบัติหน้าที่ของผู้รับข้อตกลงที่ส่งมอบผลงานในแต่ละงวดไว้เรียบร้อยแล้ว ซึ่งผู้ให้ข้อตกลงจะจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้รับข้อตกลงเป็นรายเดือน ในอัตราเดือนละ ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน) ของทุกเดือน กรณีที่ผู้รับข้อตกลงมาปฏิบัติหน้าที่น้อยกว่า ๒๐ วันต่อเดือน ให้มีสิทธิได้รับเงินค่าตอบแทนตามสัดส่วนจำนวนวันที่มาปฏิบัติหน้าที่จริงในเดือนนั้น ๆ โดยคิดจากอัตราค่าตอบแทน จำนวน ๕,๐๐๐ บาทหารด้วยจำนวนวัน ๒๐ วัน คิดเป็นวันละ ๒๕๐ บาท ดังนั้น หากผู้รับข้อตกลงไม่มาปฏิบัติหน้าที่ ขาดงาน

หมายเหตุ (๑) กรณีที่ผู้ลงนามมิใช่ผู้ดำรงตำแหน่งนายกเทศมนตรีหรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ให้ระบุให้ชัดเจนว่าดำรงตำแหน่งใด ลงนามแทนในฐานะใด เป็นนายกเทศมนตรี/รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลรักษาราชการแทนหรือปฏิบัติราชการแทนนายก.....หรือปลัดเทศบาล/ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลรักษาราชการแทนหรือปฏิบัติราชการแทนหรือปฏิบัติหน้าที่นายก.....

จะคิดตามสัดส่วนจำนวนวันที่ปฏิบัติหน้าที่ในเดือนนั้น ๆ และหากปฏิบัติหน้าที่ไม่ครบ ๘ ชั่วโมง แต่ไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมง ให้นับเป็นครึ่งวัน โดยให้หักเงินค่าตอบแทน จำนวนวันละ ๑๒๕ บาท โดยแบ่งจ่ายให้เป็นรายเดือน จำนวน ๑๒ เดือน ตั้งแต่วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

การจ่ายเงินตามเงื่อนไขแห่งข้อตกลงนี้ จะโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้รับข้อตกลง ชื่อ ธนาคาร.....ชื่อบัญชี.....ประเภทบัญชี..... เลขที่บัญชี..... ทั้งนี้ ผู้รับข้อตกลงเป็นผู้รับภาระเงินค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการอื่นใดเกี่ยวกับการโอนที่ธนาคารเรียกเก็บและยินยอมให้มีการหักเงินดังกล่าวจากจำนวนเงินโอนนั้น

ข้อ ๓ ผู้รับข้อตกลงต้องมาปฏิบัติงานตามข้อตกลงด้วยตนเอง โดยต้องลงลายมือชื่อเวลาที่มารับงานตามข้อตกลงในแต่ละวัน และเวลากลับ เมื่อทำงานในวันนั้น ๆ เสร็จสิ้นด้วยตนเองทุกครั้ง ณ สถานที่ที่ปฏิบัติงาน ในกรณีที่ผู้รับข้อตกลงไม่สามารถมาปฏิบัติหน้าที่ได้ด้วยตนเองได้ในวันใด ผู้รับข้อตกลงจะจัดให้มีบุคคลอื่นมาทำงานแทนในวันนั้น ๆ ไม่ได้ เนื่องจากงานของผู้ให้ข้อตกลงเป็นงานที่ต้องใช้ความรู้ ความสามารถ เป็นการเฉพาะตัวและต้องไม่เอางานทั้งหมดหรือส่วนหนึ่งส่วนใดแห่งข้อตกลงนี้ไปจ้างช่วงอีกต่อหนึ่ง

ข้อ ๔ คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Clare Plan) กำกับและควบคุมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น หรือผู้รับบริการของผู้ให้ข้อตกลงมีสิทธิ์ตรวจสอบ ประเมินผลการปฏิบัติหน้าที่กำกับและควบคุมการปฏิบัติงานเพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลง และมีอำนาจที่จะสั่งแก้ไข เปลี่ยนแปลง เพิ่มเติมหรือตัดทอนงานตามข้อตกลงนี้ รวมทั้ง การกำหนดให้ผู้รับข้อตกลงไปทำงานในสถานที่ที่กำหนดหรือสถานที่อื่นใด นอกจากที่กำหนดไว้ก็ได้

ข้อ ๕ หากผู้รับข้อตกลงไม่ปฏิบัติหน้าที่ตามข้อตกลงหรือปฏิบัติหน้าที่ไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนด ๑๒ เดือน ให้ผู้รับข้อตกลงชดใช้ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการฝึกอบรม ซึ่งทางราชการเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายให้จำนวนเงิน ๙,๕๐๐ บาท (เก้าพันห้าร้อยบาทถ้วน) โดยให้ปรับตามสัดส่วนจำนวนวันที่ไม่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เดือนละ ๗๙๒ บาท (๒๐ วัน) ให้แก่เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลแล้วแต่กรณี เพื่อส่งคืนสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด.....ที่เป็นผู้ดำเนินการจัดฝึกอบรม เว้นแต่มีเหตุผลความจำเป็นที่ไม่ปฏิบัติหน้าที่ตามข้อนี้ได้ เช่น เสียชีวิตระหว่างการปฏิบัติหน้าที่

ข้อ ๖ หากผู้รับข้อตกลงปฏิบัติผิดข้อตกลงข้อหนึ่งข้อใด หรือผู้รับข้อตกลงไม่อยู่ในฐานะที่จะปฏิบัติตามข้อตกลงต่อไปได้ ผู้ให้ข้อตกลงมีสิทธิ์บอกยกเลิกข้อตกลงนี้ได้ทันที

ข้อ ๗ ตามบันทึกข้อตกลงนี้ไม่ทำให้ผู้รับข้อตกลงมีฐานะเป็นเจ้าหน้าที่ของเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล หรือมีความสัมพันธ์ในฐานะเป็นลูกจ้างตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วยแรงงานสัมพันธ์ และกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม

บันทึกข้อตกลงนี้ ทำขึ้นเป็นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน ทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความ โดยละเอียดตรงกันแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อ พร้อมทั้งประทับตรา (ถ้ามี) ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน และทั้งสองฝ่ายต่างยึดถือไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

ลงชื่อ	ผู้ให้ข้อตกลง	ลงชื่อ	ผู้รับข้อตกลง
(.....)		(.....)	
นายกหรือปลัด (เทศบาล/อบต.).....			

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



คำสั่ง (ชื้ออปท.)

ที่ /๒๕๖๓

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)/กำกับ และติดตามประเมินผล
การปฏิบัติงานตามโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ด้วยชื่ออปท.....ได้แต่งตั้งอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เพื่อดูแลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่
ชื่ออปท..... พร้อมทั้งได้ขอความร่วมมือกับ.....(สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่).....และ
.....(สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่).....(ถ้ามี).....เพื่อขอให้พิจารณามอบหมายบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพที่
ผ่านมาฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager เพื่อบริการความร่วมมือในการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care
Plan)/กำกับและติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น โดยบูรณาการความร่วมมือ
ในการปฏิบัติงานตามนโยบายกระทรวงมหาดไทย ที่ มท ๐๘๑๙.๒/ว ๖๙๕๒ ลงวันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๒
ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล
(Care Plan)/ กำกับและติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานตามโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เพื่อดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

๑. นาย/นางสาว..... ตำแหน่ง(ปลัดเทศบาล/อบต.) ประธานคณะทำงาน
๒. นาย/นางสาว..... ตำแหน่งผอ.สำนัก/กองหรือ คณะทำงาน
หัวหน้าสำนักปลัด/หน.ส่วน นวท.สร./
เจ้าพนักงานสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย
๔. นาย/นางสาว..... ตำแหน่ง (บุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ) คณะทำงาน
สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่(ที่อปท.ประสานการปฏิบัติ)
๕. นาย/นางสาว..... ตำแหน่ง (บุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ) คณะทำงาน
(หากต้องแต่งตั้งมากกว่า ๑ คน) สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่(ที่อปท.ประสานการปฏิบัติ)
๕. นาย/นางสาว..... ตำแหน่งข้าราชการส่วนท้องถิ่น เลขานุการ/ผู้ช่วยเลขานุการ
ในสังกัดที่เกี่ยวข้อง

โดยให้มีหน้าที่ ดังนี้

- (๑) ให้คำปรึกษา แนะนำ ส่งเสริม สนับสนุน และอำนวยความสะดวกให้แก่อาสาสมัครบริบาล
ท้องถิ่น ในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- (๒) จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Clare Plan) ให้แก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- (๓) กำกับและควบคุมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

(๔) ประเมินผลการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น และรายงานผลการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นต่อผู้บริหารท้องถิ่น ภายในวันที่ ๓ ของเดือนถัดไป รวมทั้งประชุมทุก ๓ เดือน

(๕) หน้าที่อื่น ๆ ตามที่กระทรวงมหาดไทย กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และชื่อ อบท..... มอบหมายที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๓

สั่ง ณ วันที่ เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๓

(.....)

นายก อบท.....

บัญชีลงเวลาการปฏิบัติงานโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ชื่อ อปท.....อำเภอ.....จังหวัดนครศรีธรรมราช

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ลายมือชื่อ	เวลามา	ลายมือชื่อ	เวลากลับ	หมายเหตุ

ลงชื่อ.....(ผู้รับรอง)

(.....)

ตำแหน่ง.....ปลัดอปท.

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ลายมือชื่อ	เวลามา	ลายมือชื่อ	เวลากลับ	หมายเหตุ

ลงชื่อ.....(ผู้รับรอง)

(.....)

ตำแหน่ง.....ปลัดอปท.

(ตัวอย่าง)

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (อสบ.)

เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล.....

ประจำเดือน..... พ.ศ.

ชื่อ - สกุล (อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น).....

ชื่อหมู่บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	หน่วยนับ (คน)	ระยะเวลา การดูแล	หมายเหตุ
วันที่ ๑	๑. การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น			
	๒. การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทาน อาหาร			
	๓. การทำแผลเบื้องต้น			
	๔. การแต่งตัว			
	๕. การดูแลเรื่องยา			
	ฯลฯ			
วันที่ ๒๐	๑. การดูแลเรื่องยา			
	๒. ประสานส่งต่อไปยังโรงพยาบาล			
	๓. การทำกายภาพบำบัด			
	ฯลฯ			

หมายเหตุ ๑. รายงานตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) เป็นระยะเวลา ๒๐ วัน หรือตามระยะเวลา
ที่ปฏิบัติหน้าที่จริงในแต่ละเดือนให้ ทต./อบต. ต้นสังกัด

๒. ให้เทศบาล/อบต. รวบรวมแบบรายงานผลการปฏิบัติงานของ อสบ. ส่งให้ สจจ.นครศรีธรรมราช
(กลุ่มงานการเงินบัญชีและการตรวจสอบ) ภายในวันที่ ๒๕ ของทุกเดือน

ลงชื่อ.....

(.....)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น.....

ลงชื่อ.....(ผู้รับรอง)

(.....)

ตำแหน่ง.....ปลัดอปท.

เลขที่.....

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ท้องถิ่นจังหวัดนครศรีธรรมราช

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

เลขประจำตัวประชาชน

สำนัก/กอง/ศูนย์.....สังกัด.....กระทรวง.....

อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ขอรับเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แบบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารมาเพื่อเป็นหลักฐานด้วยแล้ว

☐ กรณีเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ ที่สังกัดส่วนราชการผู้จ่าย

☐ เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ใช้สำหรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน

บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

☐ เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารอื่น ตามที่ท้องถิ่นจังหวัดนครศรีธรรมราชอนุญาต

บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

☒ กรณีเป็นบุคคลภายนอกเพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

และเมื่อ สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดนครศรีธรรมราช.....โอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online แล้ว ให้ส่งข้อมูลการโอนเงินผ่านช่องทาง

☐ ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่เบอร์โทรศัพท์.....

☐ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ตาม e-mail address.....

(ลงชื่อ).....ผู้มีสิทธิรับเงิน

แบบรายงานการเบิกจ่ายค่าตอบแทนอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นของเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล

ประจำเดือน พ.ศ.

ชื่อ อปท.อำเภอ.....จังหวัดนครศรีธรรมราช

ที่	ชื่อ - สกุล	เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล	ค่าตอบแทนที่ได้รับ การจัดสรร (บาท)	วัน/เดือน/ปี (เริ่มและ สิ้นสุดการปฏิบัติงาน)	จำนวนผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงที่ดูแล	ระยะเวลาการปฏิบัติงาน (จำนวนวัน)	การเบิกจ่ายค่าตอบแทน อาสาสมัครบริบาล ท้องถิ่น (บาท)	คงเหลืองบประมาณ (บาท)	หมายเหตุ
๑. ค่าตอบแทนอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น									
๒. ปัญหา/อุปสรรค (ถ้ามี)									
๓. แนวทางการแก้ไข (ถ้ามี)									

หมายเหตุ : ส่งทางกลุ่มไลน์ "อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น จ.นครศรีฯ" รายงานทุกวัน ที่ ๓๐ ของทุกเดือน



ลงชื่อ ผู้รายงาน
(.....)
ตำแหน่ง ปลัดอปท.