



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 ทุฒิกุล)
ผู้ว่าราชการจังหวัดบุรีรัมย์

ประธานกรรมการพนักงานส่วนตำบลจังหวัดบุรีรัมย์

แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้อง
ขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

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

1. ชื่อพนักงานจ้างที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (นาม,นาม,นางสาว)..... อายุ..... ปี
ภูมิดำเนียบบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ครอก/ชอง..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน..... เลขที่บัตรประกันสังคม.....

- 2. วัน เดือน ปี ที่พนักงานจ้างได้รับการจ้าง..... ตำแหน่งหน้าที่ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย.....
- 3. เวลาทำงานปกติเดิม..... น. เดิม..... น. ทำงานสัปดาห์ละ..... วัน
- 4. ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือ สูญหาย ได้รับค่าตอบแทน..... และ..... บาท
- 5. รายได้อื่น เช่น ค่าครองชีพ ค่าอาหาร ค่าเบี้ยเลี้ยง ฯลฯ (ถ้ามีให้เขียนรายละเอียด).....

- 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 (ระบุวิธีหรืออาการ เช่น มงขนขวาขาด).....

11. ชื่อและที่อยู่ของสถาน หรือผู้เห็นเหตุการณ์.....

12. ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา..... เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... หัวหน้าหน่วยงานส่วนราชการที่จ้างพนักงานจ้าง
(.....)

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

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

หมายเหตุ

- 1. ให้พนักงานจ้างหรือผู้มีสิทธิอื่นคำร้องขอรับเงินทดแทนภายใน 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) _____ เขตที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม _____

สถานที่ตรวจรักษา _____

_____ โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____

ได้ตรวจรักษาแล้วขอรับรอง ดังนี้

1. ผู้ป่วยชื่อ _____ นามสกุล _____ เพศ _____ อายุ _____ ปี

H.N. _____ A.N. _____

2. เข้ารับการรักษามาครั้งแรกวันที่ _____ เวลา _____ น.

กรณีเจ็บป่วยจากการทำงาน กรณีประสบอันตรายจากการทำงาน

3. สาเหตุของการเจ็บป่วย / ประสบอันตราย _____

4. ประวัติการเจ็บป่วยและอาการที่สำคัญ _____

5. ผลการตรวจร่างกายที่สำคัญ _____

(Pertinent Physical Exam) _____

6. ผลการตรวจพิเศษ _____

(Investigation) _____

7. การวินิจฉัยโรค (ใช้ระบุชื่อโรคโคโงใช้หลักตาม ICD10) 1. _____

2. _____

3. _____

(Diagnosis) _____

โรคแทรก _____

8. การรักษา ฉะนั้น ยาฉะนั้น ผ่าตัด หัตถการอื่น ๆ ระบุ _____

(Treatment) _____

ถ้ามีการผ่าตัด 1. _____

วันที่ _____

2. _____

วันที่ _____

9. ระยะเวลาหยุดพักโรคชั่วคราว มีกำหนด _____ เดือน : _____ วัน ตั้งแต่วันที่ _____

ถึงวันที่ _____ วันสิ้นสุดการรักษา _____ ยังไม่สิ้นสุดการรักษา

10. ผลการรักษา สูญเสียสมรรถภาพอย่างถาวรของอวัยวะ 1. _____ ร้อยละ _____

2. _____ ร้อยละ _____

3. _____ ร้อยละ _____

ไม่มีการสูญเสีย _____

เสียชีวิตจากสาเหตุ _____

11. ความเห็นอื่น _____

(Comments) _____

ลงชื่อ _____ แพทย์ผู้รักษา

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____