



คำสั่ง.....ชื่อ อปท.....

ที่...../๒๕๖๓

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) /กำกับ และติดตามประเมินผล  
การปฏิบัติงานตามโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ด้วย ชื่อ อปท.....ได้แต่งตั้งอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เพื่อดูแลผู้สูงอายุ  
ในพื้นที่ ชื่อ อปท.....พร้อมทั้งได้ขอความร่วมมือกับ .....(สถานบริการสาธารณสุขใน  
พื้นที่).....ที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager เพื่อบูรณาการความร่วมมือในการจัดทำแผนการดูแล  
รายบุคคล (Care Plan) /กำกับติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น โดยบูรณาการ  
ความร่วมมือในการปฏิบัติงานตามนัยหนังสือกระทรวงมหาดไทย ที่ มท ๐๘๑๙.๒/ว ๒๙๕๒ ลงวันที่ ๑๕  
พฤศจิกายน ๒๕๖๒ และหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๑๙.๒/ว ๓๐๕๗ ลงวันที่  
๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ ดังนี้

๑. ....ปลัด อปท..... ประธานคณะทำงาน
- ๒.(บุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ) ตำแหน่ง สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ คณะทำงาน  
ที่อปท.ประสานการปฏิบัติ
- ๓.(บุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ) ตำแหน่ง สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ คณะทำงาน  
(หากต้องการแต่งตั้งมากกว่า ๑ คน) ที่อปท.ประสานการปฏิบัติ
- ๔.....ตำแหน่ง ผอ.กองสาธารณสุข หรือ ที่ได้รับมอบหมาย คณะทำงาน
- ๕.....ตำแหน่ง จนท.ด้านสาธารณสุข คณะทำงาน  
หรือที่ได้รับมอบหมาย และเลขานุการ

โดยมีหน้าที่ ดังนี้

๑. ให้คำปรึกษา แนะนำ ส่งเสริม สนับสนุน และอำนวยความสะดวกให้แก่อาสาสมัครบริบาล  
ท้องถิ่นในการปฏิบัติหน้าที่
๒. จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care Plan ให้แก่ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
๓. กำกับและควบคุมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
๔. ประเมินผลการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น และรายงานผลการปฏิบัติ  
หน้าที่ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นต่อผู้บริหารท้องถิ่น
๕. หน้าที่อื่นๆ ตามที่กระทรวงมหาดไทย และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และ...(ชื่อ  
อปท.).....มอบหมายที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๓๐ เดือน ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๓

สั่ง ณ วันที่ เดือน ตุลาคม ๒๕๖๓

(.....)

นายก อปท.....



คำสั่งเทศบาล.../องค์การบริหารส่วนตำบล.....

ที่ ...../๒๕๖๓

เรื่อง แต่งตั้งอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตามที่ ชื่อ อปท.....อำเภอ..... ได้ดำเนินการคัดเลือกบุคคลเพื่อเข้ารับการฝึกอบรมเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เพื่อทำหน้าที่ช่วยเหลือ ชื่อ อปท.....ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามอำนาจหน้าที่ที่กฎหมายกำหนด นั้น

บัดนี้ บุคคลดังกล่าวได้ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว ตามที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด (หลักสูตร ๗๐ ชั่วโมง ของกรมอนามัย) ชื่อ อปท..... จึงแต่งตั้งอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ประกอบด้วย

๑. ชื่อ.....นามสกุล.....
๒. ชื่อ.....นามสกุล.....

มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปฏิบัติตามบันทึกข้อตกลงการปฏิบัติหน้าที่และปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ระเบียบ กฎหมายกำหนด

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

ลงชื่อ.....

( )

นายกเทศบาล.../องค์การบริหารส่วนตำบล.....

**หมายเหตุ :** คำสั่งแต่งตั้งอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ควรให้มีผลอย่างช้าตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ เป็นต้นไป



## 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.....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 โดยอาสาสมัครบริบาล  
ท้องถิ่นมีหน้าที่ช่วย.....(อบต./เทศบาล).....ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้การกำกับ  
ดูแลของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งได้รับมอบหมายจาก.....(อบต./เทศบาล).....  
เพื่อให้บริการการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) รายละเอียดตาม **ผนวก ก**

ข้อ ๒. “ผู้ให้ข้อตกลง” ตกลงจ่ายเงินค่าตอบแทน เพื่อเป็นค่าป่วยการชดเชยการทำงานหรือเวลา  
ที่เสียไป ให้แก่ “ผู้รับข้อตกลง” โดยผู้ให้ข้อตกลงจะจ่ายเงินค่าตอบแทนให้แก่ผู้รับข้อตกลง เมื่อได้ปฏิบัติงานในหน้าที่  
เสร็จเรียบร้อยถูกต้องและครบถ้วน ตามรายละเอียดการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๔ คน  
เว้นแต่กรณีในพื้นที่ที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ถึง ๔ คน ให้ดูแลเท่ากับจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีอยู่จริง  
และเป็นไปตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ที่กำหนดไว้ในเอกสารแนบท้ายข้อตกลงนี้ และคณะทำงานจัดทำ  
แผนการดูแลรายบุคคล (Clare Plan) กำกับและควบคุมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ที่ อบต./  
เทศบาล แต่งตั้ง แล้วแต่กรณี ได้ตรวจรับรองผลการปฏิบัติหน้าที่ของผู้รับข้อตกลงที่ส่งมอบผลงานในแต่ละงวด  
ไว้เรียบร้อยแล้ว ซึ่งผู้ให้ข้อตกลงจะจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้รับข้อตกลงเป็นรายเดือน ในอัตราเดือนละ ๕,๐๐๐ บาท  
(ห้าพันบาทถ้วน) ของทุกเดือน กรณีที่ผู้รับข้อตกลงมาปฏิบัติหน้าที่น้อยกว่า ๒๐ วันต่อเดือน ให้มีสิทธิได้รับเงิน  
ค่าตอบแทนตามสัดส่วนจำนวนวันที่มาปฏิบัติหน้าที่จริงในเดือนนั้น ๆ โดยคิดจากอัตราค่าตอบแทน จำนวน ๕,๐๐๐ บาท  
หารด้วยจำนวนวัน ๒๐ วัน คิดเป็นวันละ ๒๕๐ บาท ดังนั้น หากผู้รับข้อตกลงไม่มาปฏิบัติหน้าที่ ขาดงาน

หมายเหตุ (๑) กรณีที่ผู้ลงนามมิใช่ผู้ดำรงตำแหน่งนายกเทศมนตรีหรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ให้ระบุให้ชัดเจนว่า  
ดำรงตำแหน่งใด ลงนามแทนในฐานะใด เป็นนายกเทศมนตรี/รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล  
รักษาราชการแทนหรือปฏิบัติราชการแทนนายก.....หรือปลัดเทศบาล/ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล  
รักษาราชการแทนหรือปฏิบัติราชการแทนหรือปฏิบัติหน้าที่นายก.....

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 ประเมินผลการปฏิบัติหน้าที่กำกับ และควบคุมการปฏิบัติงานเพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลง และมีอำนาจที่จะสั่งแก้ไข เปลี่ยนแปลง เพิ่มเติมหรือตัดทอนงานตามข้อตกลงนี้ รวมทั้ง การกำหนดให้ผู้รับข้อตกลงไปทำงานในสถานที่ที่กำหนดหรือสถานที่อื่นใด นอกจากที่กำหนดไว้ในผนวก ก. ก็ได้

ข้อ ๕ หากผู้รับข้อตกลงไม่ปฏิบัติตามหน้าที่ตามข้อตกลงหรือปฏิบัติหน้าที่ไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนด ๑๒ เดือน ให้ผู้รับข้อตกลงชดใช้ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาล ซึ่งทางราชการเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายให้จำนวนเงิน ๙,๕๐๐ บาท (เก้าพันห้าร้อยบาทถ้วน) โดยให้ปรับตามสัดส่วนจำนวนวันที่ไม่ปฏิบัติตามหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เดือนละ ๗๙๒ บาท (๒๐ วัน) ให้แก่เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลแล้วแต่กรณี เพื่อส่งคืนสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด.....ที่เป็นผู้ดำเนินการจัดฝึกอบรม เว้นแต่มีเหตุผลความจำเป็นที่ไม่ปฏิบัติตามหน้าที่ตามข้อนี้ได้ เช่น เสียชีวิตระหว่างการปฏิบัติหน้าที่

ข้อ ๖ หากผู้รับข้อตกลงปฏิบัติผิดข้อตกลงข้อหนึ่งข้อใด หรือผู้รับข้อตกลงไม่อยู่ในฐานะที่จะปฏิบัติตามข้อตกลงต่อไปได้ ผู้ให้ข้อตกลงมีสิทธิ์บอกยกเลิกข้อตกลงนี้ได้ทันที

ข้อ ๗ ตามบันทึกข้อตกลงนี้ไม่ทำให้ผู้รับข้อตกลงมีฐานะเป็นเจ้าของหน้าที่ของเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล หรือมีความสัมพันธ์ในฐานะเป็นลูกจ้างตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วยแรงงานสัมพันธ์ และกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม

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

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

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

บัญชีเวลาการปฏิบัติงานโครงการอาสาสมัครรับรางวัลเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง  
 การจ่ายค่าตอบแทนอาสาสมัครรับรางวัลท้องถิ่นของเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล  
 ชื่อ.....สกุล.....

เทศบาล/อบต.....อำเภอ.....จังหวัดกาฬสินธุ์  
 ประจำเดือน.....

วันที่	สถานที่ปฏิบัติงาน	เวลา	ลายมือชื่อ	เวลากลับ	ลายมือชื่อ	หมายเหตุ

รวมเวลาการปฏิบัติงาน.....วัน คิดเป็นเงิน.....บาท  
 จำนวนเงิน ( )

ลงชื่อ.....บุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ  
 (.....)  
 ตำแหน่ง.....  
 ลงชื่อ.....  
 (.....)  
 ตำแหน่ง ปกติ.....

(ตัวอย่าง)

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

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 การรับประทานอาหาร			
	๓. การทำแผลเบื้องต้น			
	๔. การแต่งตัว			
	๕. การดูแลเรื่องยา			
	ฯลฯ			
วันที่ ๒๐	๑. การดูแลเรื่องยา			
	๒. ประสานส่งต่อไปยังโรงพยาบาล			
	๓. การทำกายภาพบำบัด			
	ฯลฯ			

ลงชื่อ.....

(.....)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น.....

- หมายเหตุ**
- เขียนกิจกรรมการปฏิบัติงานประจำวันด้วยลายมือเท่านั้น
  - ขอให้ระบุชื่อผู้สูงอายุที่ดูแลในแต่ละกิจกรรมให้ชัดเจนด้วย
  - รายงานตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) เป็นระยะเวลา ๒๐ วัน หรือตามระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่จริงในแต่ละเดือน
  - อปท.ส่งแบบรายงานผลการปฏิบัติงานฯ ให้ สดจ.กาฬสินธุ์ ภายในวันที่ ๒๖ ของทุกเดือน