



ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยป่าปล้อง
เรื่อง การรับสมัครผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตามนโยบายกระตุ้นเศรษฐกิจ

ตามที่คณะรัฐมนตรีมีมติ เมื่อวันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๖๘ เห็นชอบโครงการกระตุ้นเศรษฐกิจตามแผนการขับเคลื่อนเศรษฐกิจที่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการนโยบายโครงการกระตุ้นเศรษฐกิจ และให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหน่วยรับงบประมาณเพื่อดำเนินการเกี่ยวกับการจ้างผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และขอความร่วมมือให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการจ้างผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน นั้น

อาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ มาตรา ๔๗ เพื่อส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตามนโยบายกระตุ้นเศรษฐกิจของรัฐบาล พ.ศ. ๒๕๖๘ องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยป่าปล้อง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ จึงมีความประสงค์จะรับสมัครบุคคลเพื่อปฏิบัติงานเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายกระตุ้นเศรษฐกิจของรัฐบาลและเพื่อให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล และเกิดการจ้างงานสร้างรายได้ในชุมชน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑. ตำแหน่งรับสมัคร

ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน ๒ อัตรา

๒. ระยะเวลาการจ้าง

ตั้งแต่วันที่ ๑ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๓๐ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๙

๓. คุณสมบัติของผู้สมัคร

๓.๑ สัญชาติไทย

๓.๒ อายุไม่ต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์

๓.๓ มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง สามารถปฏิบัติงานได้

๓.๔ มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยป่าปล้อง

๓.๕ ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุชั้นกลาง ๗๐ ชั่วโมง หรือ

มากกว่า ๗๐ ชั่วโมง ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หรือผ่านการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวจากหน่วยงานภาครัฐอื่นที่เกี่ยวข้องรับรอง

๓.๖ จะต้องไม่เป็นข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีตำแหน่งหรือเงินเดือนประจำ

ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานของรัฐ หรือในรัฐวิสาหกิจ ผู้บริหารท้องถิ่น สมาชิกสภาท้องถิ่น ลูกจ้างของส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐหรือรัฐวิสาหกิจ หรือบุคคลซึ่งปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายโดยได้รับค่าตอบแทน หรือค่าป่วยการเป็นการประจำ

๔. เอกสารประกอบการสมัคร

- ๔.๑ รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและไม่สวมแว่นตา ขนาด ๒ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
ถ่ายไว้ไม่เกิน ๓ เดือน
- ๔.๒ สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๑ ชุด
- ๔.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ชุด
- ๔.๔ สำเนาใบประกาศนียบัตรหรือเกียรติบัตร (พร้อมฉบับจริง) ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร
การดูแลผู้สูงอายุชั้นกลาง ๗๐ ชั่วโมง หรือมากกว่า ๗๐ ชั่วโมง ของกรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข หรือผ่านการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวจากหน่วยงาน
ภาครัฐอื่นที่เกี่ยวข้องรับรอง จำนวน ๑ ฉบับ
- ๔.๕ ใบรับรองแพทย์
- ๔.๖ หนังสือรับรองประสบการณ์การปฏิบัติงาน(ถ้ามี) จำนวน ๑ ชุด
- ๔.๗ สำเนาหลักฐานอื่นๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ - นามสกุล จำนวน ๑ ชุด

๕. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ผู้สนใจสามารถยื่นใบสมัคร และเอกสารประกอบการสมัครด้วยตนเองได้ที่
สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยปล่อง อำเภอมะนัง จังหวัดศรีสะเกษ
ระหว่างวันที่ ๔ - ๑๕ กันยายน ๒๕๖๘ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.(ในวันและเวลาราชการ)
โดยไม่เสียค่าธรรมเนียมการสมัคร

๖. เกณฑ์การตัดสิน

- ตัดสินโดยวิธีการคัดเลือกจากคณะกรรมการ

๗. ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก

องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยปล่อง อำเภอมะนัง จังหวัดศรีสะเกษ
จะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกในวันที่ ๑๗ กันยายน ๒๕๖๘ ณ ที่ทำการ
องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยปล่อง อำเภอมะนัง จังหวัดศรีสะเกษ และ
ทางเว็บไซต์ <http://www.yaplonglocal.go.th>

๘. วันทำสัญญา

ผู้ที่ได้รับการคัดเลือก ทำสัญญาในวันที่ ๑๙ กันยายน ๒๕๖๘
ณ สำนักปลัด อบต.ห้วยปล่อง อำเภอมะนัง จังหวัดศรีสะเกษ
เวลา ๐๙.๐๐ น.

๙. ขอบเขตการให้บริการ

ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีหน้าที่ ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
ตามแผนการดูแลรายบุคคล(Care plan) ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิงแต่ละราย ภายใต้การกำกับดูแลของผู้จัดการการดูแลด้านสาธารณสุข(Care
Manager) และการให้บริการเป็นไปตามแนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของกรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข หรือคู่มือเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวของหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง

๑๐. อัตราการจ้างผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ที่ปฏิบัติหน้าที่ให้การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตามแผนการดูแลรายบุคคล(Care plan) จะได้รับค่าจ้างจากเงินที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนที่เป็นค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามนโยบายกระตุ้นเศรษฐกิจของรัฐบาลในอัตรา ดังนี้

๑) ค่าจ้าง ๕,๐๐๐ บาทต่อเดือน รวมไม่เกิน ๖๐,๐๐๐ บาทต่อ ๑๒ เดือน ให้แก่ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ชั้นกลาง ๗๐ ชั่วโมง ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หรือผ่านการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวจากหน่วยงานภาครัฐอื่นที่เกี่ยวข้องรับรอง

๒) ค่าจ้าง ๖,๐๐๐ บาทต่อเดือน รวมไม่เกิน ๗๒,๐๐๐ บาทต่อ ๑๒ เดือน ให้แก่ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ชั้นกลาง มากกว่า ๗๐ ชั่วโมง ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หรือผ่านการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวจากหน่วยงานภาครัฐอื่นที่เกี่ยวข้องรับรอง

ประกาศ ณ วันที่ ๓ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘



นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหญ้าปล้อง

องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยปลีอง
ใบสมัครผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตามนโยบายกระตุ้นเศรษฐกิจ

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยปลีอง

ด้วยข้าพเจ้าประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบลห้วยปลีอง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ จึงขอเสนอรายละเอียดเพื่อประกอบการพิจารณา ดังต่อไปนี้

๑. ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว).....
 เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี.....เดือน.....
 สัญชาติ..... เชื้อชาติ..... ศาสนา.....
 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....ออกให้ ณ.....
๒. สถานภาพ () โสด () สมรส () หย่า/ร้าง () อื่นๆ ระบุ..... โรคประจำตัว.....
๓. ตำแหน่งที่สมัคร ตำแหน่ง.....อาชีพปัจจุบัน.....
๔. ภูมิลำเนาเดิม บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....
 อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์มือถือ.....อาศัยอยู่มาแล้ว.....ปี.....เดือน.....
๕. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....
 อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์มือถือ.....อาศัยอยู่มาแล้ว.....ปี.....เดือน.....
๖. ชื่อบิดา.....อาชีพ.....เบอร์โทรศัพท์.....
 ชื่อมารดา.....อาชีพ.....เบอร์โทรศัพท์.....
๗. ประสบการณ์ในการทำงาน(เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง)
 () ไม่เคย () เคย ระบุ.....
๘. ได้แนบหลักฐานต่างๆ ซึ่งได้ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องแล้วมาพร้อมกับใบสมัคร รวม.....ฉบับ คือ
 () รูปถ่ายขนาด ๒ นิ้ว
 () สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
 () สำเนาทะเบียนบ้าน
 () สำเนาใบประกาศนียบัตรหรือเกียรติบัตร ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร การดูแลผู้สูงอายุชั้นกลาง ๗๐ ชั่วโมง หรือมากกว่า ๗๐ ชั่วโมง ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หรือผ่านการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวจากหน่วยงานภาครัฐอื่นที่เกี่ยวข้องรับรอง
 () ใบรับรองแพทย์
 () หนังสือรับรองประสบการณ์การปฏิบัติงาน(ถ้ามี)
 () สำเนาหลักฐานอื่นๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ - นามสกุล หรืออื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ และข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติตามประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยปลีองทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....