



บันทึกข้อตกลงการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครบริหารท้องถิ่น

เลขที่.....๑...../๒๕๖๓....

บันทึกข้อตกลงฉบับนี้ทำขึ้น ณ ที่ทำการสำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลกุดหวาย เมื่อวันที่ ๒ เดือน พฤศจิกายน.. พ.ศ. ๒๕๖๓ ระหว่าง นายสมปอง พวงบุญ..... ตำแหน่ง

.....นายกองค์การบริหารส่วนตำบลกุดหวาย..... ที่อยู่สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลกุดหวาย..... เลขที่..... หมู่ที่.....๑๓.....ถนน.....ตำบล.....กุดหวาย.....อำเภอ.....ศีขรภูมิ.....จังหวัด.....สุรินทร์.....

ซึ่งต่อไปในบันทึกข้อตกลงนี้ เรียกว่า “ผู้ให้ข้อตกลง” ฝ่ายหนึ่ง กับ นางวิยะดา...แพงมา.....อายุ.....๔๓.....ปี เลขประจำตัวประชาชน.... ๓๓๒๑๒๐๐๑๘๘๐๖๕..... ออกบัตรวันที่.....๑๔ มี.ค.....๒๕๕๙..... บัตรหมดอายุวันที่ .๒๙ ม.ค.๒๕๖๘.....อยู่บ้านเลขที่.....๗๖.....หมู่ที่.....๖.....ถนน.....ตำบล.....กุดหวาย.....อำเภอ.....ศีขรภูมิ.....จังหวัด.....สุรินทร์.....

.....ปรากฏตามสำเนาเอกสารแนบท้ายข้อตกลงนี้ ซึ่งต่อไปในบันทึกข้อตกลงนี้ เรียกว่า “ผู้รับข้อตกลง” อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงกันดังต่อไปนี้

ข้อ ๑. “ผู้รับข้อตกลง” จะต้องปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นให้กับ..องค์การบริหารส่วนตำบลกุดหวาย.....เมื่อผ่านการฝึกอบรมโครงการอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตั้งแต่วันที่.....๑๔.....เดือน.....ตุลาคม..... พ.ศ.๒๕๖๓ ถึง วันที่.....๒๖.....เดือน.....ตุลาคม..... พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็นระยะเวลา ๑๒ เดือน ตามขอบเขตและเงื่อนไขในการทำหน้าที่ของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น โดยอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นมีหน้าที่ช่วย..องค์การบริหารส่วนตำบลกุดหวาย..ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้การกำกับดูแลของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งได้รับมอบหมายจากองค์การบริหารส่วนตำบลกุดหวาย เพื่อให้บริการการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) รายละเอียดตาม ผผนวก ก

ข้อ ๒ “ผู้ให้ข้อตกลง” ตกลงจ่ายเงินค่าตอบแทน เพื่อเป็นค่าป่วยการชดเชยการงานหรือเวลาที่เสียไป ให้แก่ “ผู้รับข้อตกลง” โดยผู้ให้ข้อตกลงจะจ่ายเงินค่าตอบแทนให้แก่ผู้รับข้อตกลง เมื่อได้ปฏิบัติงานในหน้าที่เสร็จเรียบร้อยถูกต้องและครบถ้วน ตามรายละเอียดการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๔ คน เว้นแต่กรณีในพื้นที่ที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ถึง ๔ คน ให้ดูแลเท่ากับจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีอยู่จริง และเป็นไปตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ที่กำหนดไว้ในเอกสารแนบท้ายข้อตกลงนี้ และ คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Clare Plan) กำกับและควบคุมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น ที่องค์การบริหารส่วนตำบลกุดหวายแต่งตั้ง แล้วแต่กรณี ได้ตรวจรับรองผลการปฏิบัติงานของผู้รับข้อตกลงที่ส่งมอบผลงานในแต่ละงวดไว้เรียบร้อยแล้ว ซึ่งผู้ให้ข้อตกลงจะจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้รับข้อตกลงเป็นรายเดือน ในอัตราเดือนละ ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน) ของทุกเดือน กรณีที่ผู้รับข้อตกลงมาปฏิบัติงานที่น้อยกว่า 20 วันต่อเดือน ให้มีสิทธิได้รับเงินค่าตอบแทนตามสัดส่วนจำนวนวันที่มาปฏิบัติงานที่จริงในเดือนนั้น ๆ โดยคิดจากอัตราค่าตอบแทน จำนวน ๕,๐๐๐ บาท หารด้วยจำนวนวัน ๒๐ วัน คิดเป็นวันละ ๒๕๐ บาท ดังนั้น หากผู้รับข้อตกลงไม่มาปฏิบัติงานที่ ขาดงาน

หมายเหตุ (๑) กรณีที่ผู้ลงนามมิใช่ผู้ดำรงตำแหน่งนายกเทศมนตรีหรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ให้ระบุให้ชัดเจนว่าดำรงตำแหน่งใด ลงนามแทนในฐานะใด เป็นนายกเทศมนตรี/รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ศึกษาราชการแทนหรือปฏิบัติราชการแทนนายก หรือปลัดเทศบาล/ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ศึกษาราชการแทนหรือปฏิบัติราชการแทนหรือปฏิบัติหน้าที่นายก.....

จะคิดตามสัดส่วนจำนวนวันที่ปฏิบัติหน้าที่ในเดือนนั้น ๆ และหากปฏิบัติหน้าที่ไม่ครบ ๘ ชั่วโมง แต่ไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมง ให้นับเป็นครึ่งวัน โดยให้หักเงินค่าตอบแทน จำนวนวันละ ๑๒๕ บาท โดยแบ่งจ่ายให้เป็นรายเดือน จำนวน ๑๒ เดือน ตั้งแต่วันที่.....๒.....เดือน..พฤษภาคม...พ.ศ. ๒๕๖๓... ถึงวันที่.....๓๑.....เดือนตุลาคม..พ.ศ. ๒๕๖๔.....

การจ่ายเงินตามเงื่อนไขแห่งข้อตกลงนี้ จะโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้รับข้อตกลง ชื่อ ธนาคารกรุงไทยสาขาโรบินสันสุรินทร์ ชื่อบัญชีนางวิยะดา แพงมา.....ประเภทบัญชี.....ออมทรัพย์..... เลขที่บัญชี..... ๖๗๙-๗-๙๐๗๓๔-๙..... ทั้งนี้ ผู้รับข้อตกลงเป็นผู้รับภาระเงินค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการอื่นใด เกี่ยวกับการโอนที่ธนาคารเรียกเก็บและยินยอมให้มีการหักเงินดังกล่าวจากจำนวนเงินโอนนั้น

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

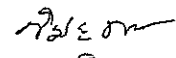
ข้อ ๔ คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Clare Plan) กำกับและควบคุมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น หรือผู้รับบริการของผู้ให้ข้อตกลงมีสิทธิ์ตรวจสอบ ประเมินผลการปฏิบัติหน้าที่กำกับและควบคุมการปฏิบัติงานเพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลง และมีอำนาจที่จะสั่งแก้ไข เปลี่ยนแปลง เพิ่มเติมหรือตัดทอนงานตามข้อตกลงนี้ รวมทั้ง การกำหนดให้ผู้รับข้อตกลงไปทำงานในสถานที่ที่กำหนดหรือสถานที่อื่นใด นอกจากที่กำหนดไว้ในแผนวก ก. ก็ได้


ข้อ ๕ หากผู้รับข้อตกลงไม่ปฏิบัติหน้าที่ตามข้อตกลงหรือปฏิบัติหน้าที่ไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนด ๑๒ เดือน ให้ผู้รับข้อตกลงชดใช้ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการฝึกอบรม ซึ่งทางราชการเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายให้จำนวนเงิน ๙,๕๐๐ บาท (เก้าพันห้าร้อยบาทถ้วน) โดยให้ปรับตามสัดส่วนจำนวนวันที่ไม่ไปปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เดือนละ ๗๙๒ บาท (๒๐ วัน) ให้แก่เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลแล้วแต่กรณี เพื่อส่งคืนสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดสุรินทร์ที่เป็นผู้ดำเนินการจัดฝึกอบรม เว้นแต่มีเหตุผลความจำเป็นที่ไม่ปฏิบัติหน้าที่ตามข้อนี้ได้ เช่น เสียชีวิตระหว่างการทำงานที่

ข้อ ๖ หากผู้รับข้อตกลงปฏิบัติผิดข้อตกลงข้อหนึ่งข้อใด หรือผู้รับข้อตกลงไม่อยู่ในฐานะที่จะปฏิบัติตามข้อตกลงต่อไปได้ ผู้ให้ข้อตกลงมีสิทธิ์บอกยกเลิกข้อตกลงนี้ได้ทันที

ข้อ ๗ ตามบันทึกข้อตกลงนี้ไม่ทำให้ผู้รับข้อตกลงมีฐานะเป็นเจ้าหน้าที่ของเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล หรือมีความสัมพันธ์ในฐานะเป็นลูกจ้างตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วยแรงงานสัมพันธ์ และกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม

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

ลงชื่อ  ผู้ให้ข้อตกลง
(๒๒๑๐ วิยะดา แพงมา)

ลงชื่อ  ผู้รับข้อตกลง
(นายสมบ็อง พวงบุญ)

ลงชื่อ  พยาน
(นายสาธิต จิตต์เจริญ)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลภูทอน

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลภูทอน



บัตรประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน 3 3212 00188-06 5
Identification Number

ชื่อตัว ชื่อสกุล นาง วิษดา แพ่งมา



Name Mrs. Wiyada

Last name Panggam

เกิดวันที่ 30 ม.ค. 2520

Date of Birth 30 Jan. 1977

ศาสนา พุทธ

ชื่อ 78 หมู่ 5 ต.กุดหวาย อ.สีชมพู

จ.สุรินทร์

14 ม.ค. 2559

วันออกบัตร

14 Mar. 2018

Date of Issue



29 ม.ค. 2558

วันหมดอายุ

28 Jan. 2025

Date of Expiry



นาง วิษดา แพ่งมา

3596 วิษดา แพ่งมา

BORA-7-2-02-2559



ประเทศไทย
THAILAND

3-1003056-06

นาง วิษดา แพ่งมา
3596 วิษดา แพ่งมา



บันทึกข้อตกลงการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครบริหารท้องถิ่น

เลขที่...๒.../๒๕๖๓...

บันทึกข้อตกลงฉบับนี้ทำขึ้น ณ ที่ทำการสำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลกุดหวาย เมื่อวันที่ ๒ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๓ ระหว่าง นายสมปอง พวงบุญ..... ตำแหน่ง.....นายกองค์การบริหารส่วนตำบลกุดหวาย..... ที่อยู่สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลกุดหวาย..... เลขที่..... หมู่ที่.....๑๓.....ถนน.....ตำบล.....กุดหวาย.....อำเภอ.....ศีขรภูมิ.....จังหวัด.....สุรินทร์..... ซึ่งต่อไปในบันทึกข้อตกลงนี้ เรียกว่า “ผู้ให้ข้อตกลง” ฝ่ายหนึ่ง กับ นางสาวกุหลาบ ดินทอง...อายุ.....๓๕.....ปี เลขประจำตัวประชาชน... ๒๓๒๐๙๐๐๐๒๗๙๖๑..... ออกบัตรวันที่...๒๘ มี.ค.....๒๕๖๐..... บัตรหมดอายุวันที่ .๑๑ ธ.ค.๒๕๖๘.....อยู่บ้านเลขที่.....๕๙/๓.....หมู่ที่.....๘.....ถนน.....ตำบล.....กุดหวาย.....อำเภอ.....ศีขรภูมิ.....จังหวัด.....สุรินทร์..... ปราบกฏตามสำเนาเอกสารแนบท้ายข้อตกลงนี้ ซึ่งต่อไปในบันทึกข้อตกลงนี้ เรียกว่า “ผู้รับข้อตกลง” อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงกันดังต่อไปนี้

ข้อ ๑. “ผู้รับข้อตกลง” จะต้องปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นให้กับ...องค์การบริหารส่วนตำบลกุดหวาย.....เมื่อผ่านการฝึกอบรมโครงการอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตั้งแต่วันที่.....๑๔.....เดือน.....ตุลาคม..... พ.ศ.๒๕๖๓ ถึง วันที่.....๒๖.....เดือน.....ตุลาคม..... พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็นระยะเวลา ๑๒ เดือน ตามขอบเขตและเงื่อนไขในการทำหน้าที่ของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น โดยอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นมีหน้าที่ช่วย...องค์การบริหารส่วนตำบลกุดหวาย...ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้การกำกับดูแลของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งได้รับมอบหมายจากองค์การบริหารส่วนตำบลกุดหวาย เพื่อให้บริการการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) รายละเอียดตาม ผผนวก ก

ข้อ ๒ “ผู้ให้ข้อตกลง” ตกลงจ่ายเงินค่าตอบแทน เพื่อเป็นค่าป่วยการชดเชยการทำงานหรือเวลาที่เสียไป ให้แก่ “ผู้รับข้อตกลง” โดยผู้ให้ข้อตกลงจะจ่ายเงินค่าตอบแทนให้แก่ผู้รับข้อตกลง เมื่อได้ปฏิบัติงานในหน้าที่เสร็จเรียบร้อยถูกต้องและครบถ้วน ตามรายละเอียดการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๔ คน เว้นแต่กรณีในพื้นที่ที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ถึง ๔ คน ให้ดูแลเท่ากับจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีอยู่จริง และเป็นไปตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ที่กำหนดไว้ในเอกสารแนบท้ายข้อตกลงนี้ และ คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) กำกับและควบคุมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น ที่องค์การบริหารส่วนตำบลกุดหวายแต่งตั้ง แล้วแต่กรณี ได้ตรวจรับรองผลการปฏิบัติหน้าที่ของผู้รับข้อตกลงที่ส่งมอบผลงานในแต่ละงวดไว้เรียบร้อยแล้ว ซึ่งผู้ให้ข้อตกลงจะจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้รับข้อตกลงเป็นรายเดือน ในอัตราเดือนละ ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน) ของทุกเดือน กรณีที่ผู้รับข้อตกลงมาปฏิบัติหน้าที่น้อยกว่า 20 วันต่อเดือน ให้มีสิทธิได้รับเงินค่าตอบแทนตามสัดส่วนจำนวนวันที่มาปฏิบัติหน้าที่จริงในเดือนนั้น ๆ โดยคิดจากอัตราค่าตอบแทน จำนวน ๕,๐๐๐ บาท หารด้วยจำนวนวัน ๒๐ วัน คิดเป็นวันละ ๒๕๐ บาท ดังนั้น หากผู้รับข้อตกลงไม่มาปฏิบัติหน้าที่ ขาดงาน

หมายเหตุ (๑) กรณีที่ผู้ลงนามมิใช่ผู้ดำรงตำแหน่งนายกเทศมนตรีหรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ให้ระบุให้ชัดเจนว่าดำรงตำแหน่งใด ลงนามแทนในฐานะใดเป็นนายกเทศมนตรี/รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล
รักษาราชการแทนหรือปฏิบัติราชการแทนนายก...หรือปลัดเทศบาล/ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล
รักษาราชการแทนหรือปฏิบัติราชการแทนหรือปฏิบัติหน้าที่นายก.....

จะคิดตามสัดส่วนจำนวนวันที่ปฏิบัติหน้าที่ในเดือนนั้น ๆ และหากปฏิบัติหน้าที่ไม่ครบ ๘ ชั่วโมง แต่ไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมง ให้นับเป็นครึ่งวัน โดยให้หักเงินค่าตอบแทน จำนวนวันละ ๑๒๕ บาท โดยแบ่งจ่ายให้เป็นรายเดือน จำนวน ๑๒ เดือน ตั้งแต่วันที่.....๒.....เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๓... ถึงวันที่ ๓๑...เดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

การจ่ายเงินตามเงื่อนไขแห่งข้อตกลงนี้ จะโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้รับข้อตกลง ชื่อ ธนาคารกรุงไทยสาขาโรบินสันสุรินทร์ ชื่อบัญชีนางสาวกุลลาภ ดินทอง.....ประเภทบัญชี.....ออมทรัพย์ เลขที่บัญชี..... ๖๗๙-๗-๙๐๗๕๔-๓..... 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 นอกจากที่กำหนดไว้ในผนวก ก. ก็ได้

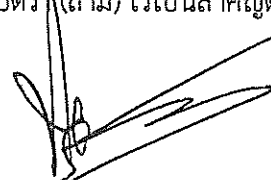
ข้อ ๕ หากผู้รับข้อตกลงไม่ปฏิบัติหน้าที่ตามข้อตกลงหรือปฏิบัติหน้าที่ไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนด ๑๒ เดือน ให้ผู้รับข้อตกลงชดใช้ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการศึกษาอบรม ซึ่งทางราชการเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายให้จำนวนเงิน ๙,๕๐๐ บาท (เก้าพันห้าร้อยบาทถ้วน) โดยให้ปรับตามสัดส่วนจำนวนวันที่ไม่ไปปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เดือนละ ๗๙๒ บาท (๒๐ วัน) ให้แก่เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลแล้วแต่กรณี เพื่อส่งคืนสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดสุรินทร์ที่เป็นผู้ดำเนินการจัดฝึกอบรม เว้นแต่มีเหตุผลความจำเป็นที่ไม่ปฏิบัติหน้าที่ตามข้อนี้ได้ เช่น เสียชีวิตระหว่างการปฏิบัติหน้าที่

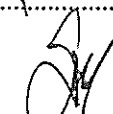
ข้อ ๖ หากผู้รับข้อตกลงปฏิบัติผิดข้อตกลงข้อหนึ่งข้อใด หรือผู้รับข้อตกลงไม่อยู่ในฐานะที่จะปฏิบัติตามข้อตกลงต่อไปได้ ผู้ให้ข้อตกลงมีสิทธิ์บอกยกเลิกข้อตกลงนี้ได้ทันที

ข้อ ๗ ตามบันทึกข้อตกลงนี้ไม่ทำให้ผู้รับข้อตกลงมีฐานะเป็นเจ้าของหน้าที่ของเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล หรือมีความสัมพันธ์ในฐานะเป็นลูกจ้างตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วยแรงงานสัมพันธ์ และกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม

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


ลงชื่อ  ผู้ให้ข้อตกลง
(.....
(นายสมพงษ์ อภิรักษ์)


ลงชื่อ  ผู้รับข้อตกลง
(นายสมพงษ์ พวงบุญ)

ลงชื่อ  พยาน
(นายสาธิต จิตต์เจริญ)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลกุดหวาย

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลกุดหวาย


Thailand National ID Card
 Identification Number: 2 3209 00027 96 1
 Identification Number: 2 3209 00027 96 1
 Name: Miss Kulab
 Card name: Anthong
 Serial: 12 18 2527
 Date of issue: 12 Dec 1984
 Date of expiry: 12 Dec 1984
 Issued at: Bangkok
 Issued by: 11 27 300
 Issued on: 12 Dec 1984
 Issued to: Miss Kulab
 Issued for: 12 Dec 1984



(Faint, mostly illegible text and markings on the reverse side of the ID card)

Handwritten notes in Thai script:
 ๒๒๖๖๖๖๖๖๖๖
 ๒๒๖๖๖๖๖๖๖๖
 ๒๒๖๖๖๖๖๖๖๖