



ประกาศสำนักงานประกันสังคมจังหวัดยโสธร
เรื่อง รับสมัครบุคคลภายนอกเป็นเครือข่ายประกันสังคม

ด้วยสำนักงานประกันสังคมจังหวัดยโสธร ได้จัดทำโครงการส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติงานให้แก่เครือข่ายประกันสังคมตามมาตรา ๔๐ เพื่อขับเคลื่อนการประกันสังคมตามมาตรา ๔๐ จึงมีความประสงค์รับสมัครบุคคลภายนอกเข้ามามีส่วนร่วมในการรณรงค์ประชาสัมพันธ์งานประกันสังคมตามมาตรา ๔๐ ให้กับผู้ประกอบอาชีพอิสระทราบถึงความคุ้มครองและสิทธิประโยชน์ ตลอดจนช่องทางและวิธีการสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐ และการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ตามนโยบายการขยายความคุ้มครองด้านการประกันสังคมทั่วไทย โดยมีรายละเอียดการรับสมัคร ดังต่อไปนี้

๑. ผู้สมัครต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังนี้

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์
- (๓) มีความประพฤติเรียบร้อย ซื่อสัตย์สุจริต และมีมนุษยสัมพันธ์ดี
- (๔) เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ ที่จะช่วยเหลือการดำเนินงานของสำนักงานประกันสังคมจังหวัดยโสธร ในภารกิจด้านการประกันสังคมตามมาตรา ๔๐
- (๕) ไม่เป็นผู้ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานประกันสังคม สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา ได้แก่ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานประกันสังคม และให้หมายความรวมถึงลูกจ้างประเภทอื่นๆ ไม่ว่าจะเรียกชื่ออย่างไร ตลอดจนบุคคลธรรมดา ที่สำนักงานประกันสังคม สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา ทำสัญญาจ้างเพื่อปฏิบัติงานในภารกิจของสำนักงาน สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัดหรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา
- (๖) ไม่เป็นคนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ หรือคนวิกลจริต หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ

๒. มีหน้าที่ช่วยปฏิบัติงานในภารกิจของสำนักงานประกันสังคม สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมสาขา ดังนี้

- (๑) เป็นสื่อกลางในการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ให้คำปรึกษา แนะนำ และเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความคุ้มครองและสิทธิประโยชน์ด้านการประกันสังคมตามมาตรา ๔๐
- (๒) ให้คำแนะนำแก่ผู้ที่ประสงค์จะสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐ ให้ทราบถึงช่องทางวิธีการสมัครและการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตน และการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม



ประกาศสำนักงานประกันสังคม
เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและอัตราการจ่ายค่าตอบแทน
ส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติงานให้แก่เครือข่ายประกันสังคม (ฉบับที่ ๒)
พ.ศ. ๒๕๖๓

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์
วิธีการและอัตราการจ่ายค่าตอบแทน ส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติงานให้แก่เครือข่ายประกันสังคม
เพื่อให้การปฏิบัติงานตามภารกิจด้านการประกันสังคมตามมาตรา ๔๐ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
ในการส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติงานให้แก่เครือข่ายประกันสังคมตามมาตรา ๔๐ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน
พ.ศ. ๒๕๓๔ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕
ข้อ ๑๕ วรรคสอง แห่งระเบียบคณะกรรมการประกันสังคม ว่าด้วยการงบประมาณ การรับเงิน การจ่ายเงิน
การเก็บรักษาเงินกองทุนที่ได้รับการจัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริหารงานของสำนักงานประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๔๙
และข้อ ๕ แห่งระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยเครือข่ายประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๖๒ เลขธิการสำนักงานประกันสังคม
โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคมจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความในวรรคสอง (๓) ของข้อ ๒ แห่งประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง
กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและอัตราการจ่ายค่าตอบแทน ส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติงานให้แก่เครือข่าย
ประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๖๒ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(๓) เคยเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐ และลาออกหลังวันที่ระเบียบสำนักงานประกันสังคม
ว่าด้วยเครือข่ายประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๖๒ มีผลใช้บังคับ โดยมีระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๖ เดือน นับตั้งแต่เดือน
ที่ลาออก”

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความในวรรคสอง และวรรคสาม ของข้อ ๓ แห่งประกาศสำนักงาน
ประกันสังคม เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและอัตราการจ่ายค่าตอบแทน ส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติงาน
ให้แก่เครือข่ายประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๖๒ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“การคำนวณเพื่อจ่ายค่าตอบแทนตามวรรคหนึ่งในแต่ละเดือน จะคำนวณผลงานทุกวันที่ ๕
ของเดือน โดยต้องมีจำนวนผู้ประกันตนสะสมตั้งแต่ ๑๕ รายขึ้นไป หากเดือนใดมีจำนวนผู้ประกันตนสะสม
ไม่ครบ ๑๕ รายให้นำไปรวมคำนวณเพื่อจ่ายค่าตอบแทนในเดือนถัดไป เว้นแต่ ในวันสุดท้ายของปีปฏิทิน
ให้คำนวณผลงานสะสมที่เหลืออยู่ของเครือข่ายประกันสังคมทั้งหมด เพื่อจ่ายเป็นค่าตอบแทน โดยไม่ต้องคำนึงถึง
จำนวนผู้ประกันตนสะสม

รูปถ่าย
๑ นิ้ว



สำหรับเจ้าหน้าที่
เลขที่รับ...../.....
วันที่รับ...../...../.....

ใบสมัครเครือข่ายประกันสังคม

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... เลขประจำตัวประชาชน.....
เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. กลุ่มเครือข่าย หมู่บ้าน/ชุมชน วัด/ศาสนสถาน
 สถานศึกษา โรงงาน/สถานประกอบการ ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....
มีความประสงค์ขอสมัครเป็นเครือข่ายประกันสังคม ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานประกันสังคม (กรุงเทพมหานครพื้นที่/
จังหวัด/สาขา)..... พร้อมทั้งข้าพเจ้าได้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร
..... ประเภทออมทรัพย์เลขที่บัญชี.....

๒. ข้าพเจ้ารับทราบหน้าที่และยอมรับหลักเกณฑ์เงื่อนไขการเป็นเครือข่ายประกันสังคม ที่ระบุไว้ในประกาศรับสมัคร
และมีได้เป็นผู้เสพ ผู้ค้า ผู้สนับสนุนหรือส่งเสริม ตลอดจนการอื่นใดที่เกี่ยวกับยาเสพติด และขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้ให้ไว้
ในใบสมัครฯ นี้ เป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

รหัสเครือข่าย

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่.....
ประกันสังคมจังหวัด...../หัวหน้าสำนักงานประกันสังคม.....
จากการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน คุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของผู้สมัครราย (นาย/นาง/นางสาว)
.....แล้ว มีความเห็นว่า

- เห็นควรอนุมัติ ให้เป็นเครือข่ายประกันสังคม
 ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ตำแหน่ง.....
วันที่.....

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....
วันที่.....

เลขที่

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ Krungsri Cash Link / E - SSO

(กรณีรับเงินค่าตอบแทนส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติงานให้แก่เครือข่ายประกันสังคมตามมาตรา ๔๐)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน ผู้อำนวยการกองคลัง/ประกันสังคมจังหวัด.....

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

รหัสเครือข่ายประกันสังคม.....

เลขบัตรประชาชน

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....

ขอรับเงินผ่านระบบ Krungsri Cash Link โดยได้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมรับรอง
สำเนาถูกต้องมาเพื่อเป็นหลักฐาน

ข้อ ๑. เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด

สาขา.....

ประเภท..... เลขที่บัญชีธนาคาร.....

หมายเหตุ ๑ : ได้รับการยกเว้นค่าธรรมเนียมการโอนเงินจากธนาคาร

ข้อ ๒. เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารอื่น

บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

ประเภท..... เลขที่บัญชี.....

หมายเหตุ ๒ : หักค่าธรรมเนียมการโอนเงินต่างธนาคาร รายการละ ๙ บาท

เลขที่ของแบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ Krungsri Cash Link/ E - SSO ให้ระบุ
หมายเลขกำกับเรียงกันไปตามลำดับ เพื่อประโยชน์ในการจัดทำทะเบียนคุมการโอนเงิน และเมื่อกองคลัง/
ฝ่ายบริหารทั่วไป ได้ดำเนินการโอนเงินจำนวนดังกล่าวเข้าบัญชีผ่านระบบ Krungsri Cash Link เรียบร้อยแล้ว
ให้ธนาคารแจ้งการโอนเงินผ่านช่องทาง

E - mail address.....@.....

SMS หมายเลขโทรศัพท์.....(หักค่าธรรมเนียมครั้งละ ๓ บาท)

ลงชื่อ.....เครือข่ายประกันสังคม

(.....)