

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒

แบบหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือพิเศษกรณีพนักงานกระทรวงสาธารณสุขถึงแก่ความตาย

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า เป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป

ตำแหน่งสังกัด

กรม กระทรวง.....

จังหวัด ได้รับค่าจ้างเดือนละ.....บาท

ขอแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือพิเศษโดยหนังสือฉบับนี้ว่า ในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่ความตายในระหว่าง
รับราชการและทางราชการจะต้องจ่ายเงินช่วยเหลือให้ตาม ข้อ ๕ ของประกาศคณะกรรมการบริหารพนักงาน
กระทรวงสาธารณสุข เรื่องสิทธิประโยชน์ของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป พ.ศ. ๒๕๕๖ ข้าพเจ้าประสงค์จะ
ให้จ่ายเงินช่วยเหลือแก่

ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขตจังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงเจตนา

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

ได้บันทึกไว้ในสมุด/แฟ้มประวัติแล้ว

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ทะเบียนประวัติ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บันทึกการเปลี่ยนแปลง

ข้าพเจ้าขอยกเลิกหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือฉบับนี้ โดยได้แสดงเจตนาใหม่
ตามหนังสือแสดงเจตนา ลงวันที่.....ซึ่งได้แสดงเจตนาให้.....
.....เป็นผู้มีสิทธิรับเงินช่วยเหลือเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตายระหว่าง
รับราชการ

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงเจตนา
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ได้บันทึกไว้ในสมุด/แฟ้มประวัติแล้ว

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ทะเบียนประวัติ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

1. ให้มอบหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือไว้ ณ ส่วนราชการที่ตนสังกัด เมื่อมีการย้ายก็ให้ส่งหนังสือดังกล่าวตามไปด้วย และให้มีการบันทึกการแสดงเจตนาไว้ในระบบข้อมูลพนักงานกระทรวงสาธารณสุขด้วย
2. ให้ระบุชื่อผู้รับเงินช่วยเหลือแต่เพียงรายเดียว หากจะเปลี่ยนแปลงตัวผู้รับเงินช่วยเหลือในภายหลังให้ทำหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือฉบับใหม่แทนฉบับเดิม ตามแบบที่ กพส. กำหนด และให้แนบฉบับเดิมไว้ด้วย พร้อมปรับปรุงการบันทึกไว้ในระบบข้อมูลพนักงานกระทรวงสาธารณสุข
3. การขาดลบ ตก เดิม หรือการแก้ไขเปลี่ยนแปลงอย่างอื่นในหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือ ให้ลงลายมือชื่อกำกับไว้

แบบคำขอรับเงินช่วยเหลือกรณีพนักงานกระทรวงสาธารณสุขถึงแก่ความตาย

เขียนที่.....

วันที่.....

๑. ข้าพเจ้าผู้มีชื่อตามข้างท้ายคำขอรับเงินช่วยเหลือนี้ มีความประสงค์จะยื่นคำขอรับเงินช่วยเหลือ (หัวหน้าส่วนราชการเจ้าสังกัดของผู้ตาย).....

เนื่องจากความตายของซึ่งได้ถึงแก่ความตาย
เมื่อ.....ปรากฏตามหลักฐานที่ระบุในข้อ ๓ โดยเป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือในฐานะ

เป็นบุคคลที่ระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือ

เป็นบุคคลตามมาตรา ๒๔ วรรคสอง แห่งพระราชกฤษฎีกาการจ่ายเงินเดือน เงินปี บำเหน็จ บำนาญ และเงินอื่นในลักษณะเดียวกัน พ.ศ.๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ได้แก่ (คู่สมรส/บุตร/บิดามารดา ฯลฯ)

(๑).....อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

(๒).....อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

(๓).....อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

๒. ผู้ตาย..... เป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป
ตำแหน่ง.....สังกัด.....

กรม.....กระทรวง.....จังหวัด.....

อัตราค่าจ้างครั้งสุดท้ายเดือนละ.....บาท

ได้รับเงินเพิ่มประเภท.....เดือนละ.....บาท

รวมเป็นเงินที่ได้รับทั้งสิ้นเดือนละ.....บาท คิดเป็นเงินช่วยเหลือ (๓ เท่า)บาท

ได้ถึงแก่ความตาย โดยเหตุปกติ เนื่องจาก (เจ็บป่วย ฯลฯ).....

เมื่อ.....

เนื่องจากสาเหตุอื่น และมีคำสั่งของศาลว่าเป็นบุคคลสาเหตุ ตาม

คำสั่งศาล.....หมายเลขคดี.....

ลงวันที่.....

๓. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารต่าง ๆ ดังต่อไปนี้มาด้วย เพื่อประกอบการพิจารณา

- หลักฐานที่แสดงว่าเป็นบุคคลผู้มีสิทธิตามมาตรา ๒๔ วรรคสอง ได้แก่.....
- สำเนาบรรณบัตรซึ่งรับรองถูกต้อง
- สำเนาคำสั่งของศาล

๔. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือตาม ข้อ ๕ ของประกาศคณะกรรมการบริหารพนักงานกระทรวงสาธารณสุข เรื่องสิทธิประโยชน์ของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป พ.ศ. ๒๕๕๖ และถ้าปรากฏต่อไปว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ไม่มีสิทธิแต่อย่างใดตามประกาศ ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินช่วยเหลือที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนชดใช้ค่าเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งสิ้นแก่ทางราชการภายใน ๓๐ วัน นับจากวันที่ทางราชการแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบตามที่อยู่ข้างต้นนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

หมายเหตุ ๑. กรณีผู้มีสิทธิตามมาตรา ๒๔ วรรคสอง ในลำดับเดียวกันมีหลายคน

๑.๑ ให้ระบุชื่อและที่อยู่ทุกคนในข้อ ๑ โดยชัดเจน และต้องลงลายมือชื่อของบุคคลเหล่านั้น รวมกันมาในท้ายคำขอรับเงินช่วยเหลือด้วย

๑.๒ หากมีการมอบฉันทะให้รับเงินช่วยเหลือ ให้ใช้แบบมอบฉันทะที่ กพส. กำหนด

๒. ให้ส่วนราชการผู้เบิกตรวจสอบเอกสารต่าง ๆ ที่สามารถรับฟังได้ว่า เป็นบุคคลดังกล่าวในมาตรา ๒๔ วรรคสอง เช่น สำเนาทะเบียนบ้าน หลักฐานการสมรสของคู่สมรสผู้ตาย หลักฐานรับรองการอุปการะของผู้ที่เชื่อถือได้ เป็นต้น

ใบมอบฉันทะ

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า

อยู่บ้านเลขที่ ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทร ขอมอบฉันทะให้

อยู่บ้านเลขที่ ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด โทร

เป็นผู้ดำเนินการยื่นหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือพิเศษกรณีพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไปถึงแก่ความตายฉบับลงวันที่ ที่แนบมาพร้อมนี้ แทนข้าพเจ้า

(ลงชื่อ).....ผู้มอบฉันทะ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบฉันทะ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หมายเหตุ

๑. ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบฉันทะและผู้รับมอบฉันทะพร้อมกับรับรองสำเนาถูกต้องด้วย
๒. ให้เก็บหนังสือฉบับนี้รวมไว้กับหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือพิเศษกรณีพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไปถึงแก่ความตายที่ยื่นไว้ต่อส่วนราชการ

แบบคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า เป็นพนักงานสาธารณสุขทั่วไป
ตำแหน่ง สังกัด
กรม กระทรวง.....
จังหวัด มีความประสงค์ขอยกเลิกหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือ
กรณีพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไปถึงแก่ความตายฉบับเดิมและขอแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือกรณี
พนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไปถึงแก่ความตายใหม่ ดังนี้

๑. ชื่อ-นามสกุล ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่
ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทร

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงเจตนา
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)