



สำหรับเจ้าหน้าที่

เรียน ประธานกรรมการ ช.พ.ส.

ข้าพเจ้าซึ่งได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน ช.พ.ส. ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่านาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....ได้ขอเปลี่ยนแปลงผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวด้วยความสมัครใจถูกต้องตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ว่าด้วยการอุปถัมภ์สงเคราะห์ช่วยเหลือและบุคลากรทางการศึกษาในกรณีคู่สมรสถึงแก่ความตาย พ.ศ. 2561 และลงลายมือชื่อต่อหน้าข้าพเจ้าจริง พร้อมทั้งแนบเอกสารประกอบการพิจารณาไว้เรียบร้อยแล้ว

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / บัตรประจำตัวข้าราชการ / บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐของสมาชิก ช.พ.ส.
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ถูกระบุทุกคน จำนวน ..... ฉบับ
- หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ - ชื่อสกุล (ถ้ามี)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ  
(.....)

ตำแหน่ง.....  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ลงชื่อ.....  
(.....)

ผู้อำนวยการสำนักงาน สกสค. จังหวัด.....  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

คำสั่ง

- อนุมัติ
- ไม่อนุมัติ เพราะ.....

ลงชื่อ.....  
(.....)

ประธานกรรมการ ช.พ.ส.  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

**หมายเหตุ** การเปลี่ยนแปลงระบุมูลีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ส. (กรณีหย่า) จะต้องดำเนินการตามระเบียบ ช.พ.ส. ข้อ 20 ข้อ 20 วรรคท้าย กำหนดไว้การยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว จะกระทำได้เมื่อพ้นกำหนดเวลาสี่ปี นับแต่วันที่มีการระบุมูลีสิทธิรับเงิน ในกรณีที่มีเหตุผลและความจำเป็นคณะกรรมการ ช.พ.ส. อาจพิจารณาให้มีการยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงการระบุมูลีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวเป็นราย ๆ ไปก่อนกำหนดเวลาสี่ปีก็ได้

ลงชื่อ.....ผู้แสดงเจตนา วันที่.....เดือน .....พ.ศ. .... เวลา.....น.