



แบบคำร้องขอรับสวัสดิการเพื่อช่วยเหลือสมาชิก ข.พ.ส.

เขียนที่

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรื่อง ขอรับสวัสดิการเพื่อช่วยเหลือสมาชิก ข.พ.ส.

เรียน ประธานกรรมการ ข.พ.ส.

ข้าพเจ้า ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่

หมู่ที่ ซอย ถนน ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์บ้าน (ถ้ามี) โทรศัพท์เคลื่อนที่

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. เป็นสมาชิก ข.พ.ส. จังหวัด.....

เลขประจำตัว ได้รับการตอบรับเข้าเป็นสมาชิก ข.พ.ส. เมื่อวันที่

เดือน พ.ศ. รวมเป็นเวลา ปี บัดนี้ ข้าพเจ้า

มีอายุการเป็นสมาชิก ข.พ.ส. ๔๐ ปี ขึ้นไป

มีอายุครบ ๗๕ ปี ขึ้นไป

มีความประสงค์จะขอรับสวัสดิการเพื่อช่วยเหลือสมาชิก ข.พ.ส. โดยข้าพเจ้าขอใช้สิทธินี้ไปจนถึงแก่กรรม นับตั้งแต่วันที่ เป็นต้นไป เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมให้สำนักงาน ข.พ.ส. มีอำนาจหักเงินสงเคราะห์ครอบครัวของข้าพเจ้าเท่าจำนวนเงินทดแทน เพื่อส่งคืนเงินทั้งหมดที่สำนักงาน ข.พ.ส. ได้จัดเป็นสวัสดิการให้แก่ข้าพเจ้าตามประกาศสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการเพื่อช่วยเหลือสมาชิก ข.พ.ส. พ.ศ. ๒๕๕๙ พร้อมนี้ได้ส่งหลักฐานต่างๆ มาเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)

หนังสือรับรองการเป็นสมาชิก ข.พ.ส.

หนังสือรับรองการชำระเงินสงเคราะห์รายศพ

หนังสือยินยอมของทายาทผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวของสมาชิก

ข้าพเจ้าได้ลงชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานข้างท้ายนี้

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)



หนังสือรับรองการเป็นสมาชิก ช.พ.ส.

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว)
เลขประจำตัวสมาชิก ช.พ.ส. สังกัด อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก
เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. จนถึงปัจจุบัน ณ วันยื่นขอรับสวัสดิการฯ

มีอายุการเป็นสมาชิก ช.พ.ส.ปี

มีอายุตัว ปี

ให้ไว้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

- หมายเหตุ :**
๑. กรณีสมาชิก ช.พ.ส. สังกัดสำนักงาน สกสค.จังหวัด/กรุงเทพมหานคร ผู้รับรองต้องเป็นผู้อำนวยการสำนักงาน สกสค.จังหวัด/กรุงเทพมหานคร
 ๒. กรณีสมาชิก ช.พ.ส. สังกัดสำนักงาน ช.พ.ส. ผู้รับรองต้องเป็นผู้อำนวยการสำนักสวัสดิภาพครู
 ๓. หนังสือรับรองการเป็นสมาชิก ช.พ.ส. ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน ๓๐ วัน นับแต่วันที่ลงนามรับรอง



หนังสือรับรองการชำระเงินสงเคราะห์รายศพ

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว)
เลขประจำตัวสมาชิก ช.พ.ส. สังกัด

ชำระเงินสงเคราะห์รายศพเป็นปัจจุบัน

ให้ไว้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้อำนวยการกลุ่มการเงินและบัญชี ช.พ.ค. - ช.พ.ส.

หมายเหตุ : หนังสือรับรองการชำระเงินสงเคราะห์รายศพ ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ไม่เกิน ๓๐ วัน นับแต่วันที่รับรอง

หนังสือยินยอมให้หักเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ส.

สถานที่ สำนักงาน.....

วันที่.....

เรียน ประธานกรรมการ ช.พ.ส.

ข้าพเจ้า..... สมาชิก ช.พ.ส. เลขประจำตัว
สังกัด ที่ประสงค์ขอรับสวัสดิการเพื่อช่วยเหลือสมาชิก ช.พ.ส. ตามระเบียบ
สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา

ข้าพเจ้าและผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ส. หลังจากที่ข้าพเจ้าถึงแก่กรรม
รวมจำนวน คน ตกลงยินยอมให้สำนักงาน ช.พ.ส. หักเงินที่ได้รับสวัสดิการตามวัตถุประสงค์ดังกล่าว
จากเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ส. โดยข้าพเจ้าและผู้มีสิทธิได้รับเงินตกลงว่าจะไม่บอกเลิกหรือเพิกถอน
การให้ความยินยอมนี้ไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น จนกว่าสำนักงาน ช.พ.ส. จะได้รับเงินที่ได้จัดสวัสดิการให้แก่
ข้าพเจ้าที่ได้จ่ายไปจนครบถ้วน

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าและผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ส. ตกลงยอมรับว่าการให้ความยินยอม
ตามหนังสือนี้มีผลเป็นการแทนที่การให้ความยินยอมซึ่งได้ทำขึ้นก่อนหนังสือนี้ และหากสำนักงาน ช.พ.ส.
ใช้สิทธิหักเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ส. ข้าพเจ้าและผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ส. ตกลง
ให้สำนักงาน ช.พ.ส. หักเงินที่ได้จัดสวัสดิการตามระเบียบดังกล่าวได้ตามสิทธิที่สำนักงาน ช.พ.ส. มีนั้น

การดำเนินการดังกล่าวข้างต้น ผู้ลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมขอรับผิดชอบทุกประการ
และเพื่อเป็นหลักฐาน จึงได้ลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยาน

ลายมือชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม (สมาชิก ช.พ.ส.)
(.....)

ลายมือชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ลายมือชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ลายมือชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ลายมือชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ลายมือชื่อ.....พยาน
(.....)

ลายมือชื่อ.....พยาน
(.....)

/ข้าพเจ้า...

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผู้ให้ความยินยอมข้างต้นเป็นผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ส. และได้ลงลายมือชื่อต่อหน้าข้าพเจ้าจริง

ลายมือชื่อ..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน (...../...../.....)	ลายมือชื่อ..... (.....) <input type="checkbox"/> ผู้อำนวยการ สกสค.จังหวัด...../กรุงเทพมหานคร <input type="checkbox"/> ผู้อำนวยการกลุ่ม ช.พ.ส. (...../...../.....)
-------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- หมายเหตุ**
๑. กรณีมีผู้ให้ความยินยอมมากกว่านี้ ให้ผู้ให้ความยินยอมลงนามด้านหลังหนังสือยินยอมให้หักเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ส.เพิ่มเติม
 ๒. เอกสารฉบับนี้มีผลสมบูรณ์ต่อเมื่อสมาชิก ช.พ.ส. และผู้ให้ความยินยอมต้องลงลายมือชื่อต่อหน้าเจ้าหน้าที่ และเจ้าหน้าที่ได้ลงลายมือชื่อรับรองเรียบร้อยแล้วเท่านั้น
 ๓. กรณีมีการเปลี่ยนแปลงผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ส. ไม่ว่าจะด้วยเหตุใดๆ ข้าพเจ้ายินยอมให้การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลเมื่อข้าพเจ้ามีหนังสือแจ้งให้สำนักงาน ช.พ.ส.ทราบและดำเนินการให้ผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ส.รายใหม่ทำหนังสือยินยอมให้หักเงินสงเคราะห์ครอบครัวให้แก่สำนักงาน ช.พ.ส.เพิ่มเติมครบถ้วนแล้ว