



แบบคำขอรับสวัสดิการ ๔๐/๗๕

เขียนที่

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรื่อง ขอรับสวัสดิการโครงการสวัสดิการ ๔๐/๗๕

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการ สกสค.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน [] เป็นสมาชิก ช.พ.ค. ช.พ.ส.

สังกัด..... เลขประจำตัวสมาชิก [] ที่อยู่ปัจจุบัน.....

..... รหัสไปรษณีย์.....

เกิดวันที่..... เดือน พ.ศ. อายุ.....ปี ได้รับการตอบรับเข้าเป็นสมาชิก

เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. รวมเป็นเวลา..... ปี

มีอายุการเป็นสมาชิก ๔๐ ปี ขึ้นไป

มีอายุครบ ๗๕ ปี ขึ้นไป

มีความประสงค์จะขอรับสวัสดิการตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการ และสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาว่าด้วยการจัดสวัสดิการ ๔๐/๗๕ พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยขอรับสวัสดิการนี้ ตั้งแต่วันที่..... เป็นต้นไป พร้อมกันนี้ได้ส่งหลักฐานต่างๆ มาเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)

คำสั่งศาล ในกรณีที่ถูกศาลสั่งให้เป็นบุคคลเสมือนไร้ความสามารถหรือบุคคลไร้ความสามารถ(ถ้ามี)

อื่นๆ โปรดระบุ.....(ถ้ามี)

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ข้อความในแบบคำขอรับสวัสดิการนี้เป็นข้อมูลที่ถูกต้องแท้จริงและได้ชำระเงินสงเคราะห์รายศพ เป็นปัจจุบันแล้ว

๒. ข้าพเจ้าได้แจ้งให้ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวตามกฎหมายรับทราบแล้วว่าข้าพเจ้าตกลง ให้สำนักงานคณะกรรมการ สกสค. หักเงินเพื่อชำระภาระผูกพันอันเกิดขึ้นจากการที่ข้าพเจ้าขอรับสวัสดิการครั้งนี้ทั้งสิ้น ตั้งแต่วันที่ข้าพเจ้าได้รับอนุมัติให้รับสวัสดิการเป็นต้นไป

และข้าพเจ้าได้ลงชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานข้างทำยนี้

สำหรับเจ้าหน้าที่
ขอรับรองว่า.....
สมาชิก ช.พ.ค. / ช.พ.ส. เลขประจำตัว.....
มีคุณสมบัติเป็นไปตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ว่าด้วยการจัดสวัสดิการโครงการสวัสดิการ ๔๐/๗๕ พ.ศ. ๒๕๖๓
ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้อำนวยการสำนักงาน สกสค.

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

****หมายเหตุ** กรณีที่ศาลมีคำสั่งแต่งตั้งผู้พิทักษ์ ควรให้ผู้พิทักษ์เขียนแบบให้ความยินยอมประกอบการขอรับสวัสดิการด้วย



แบบคำขอรับสวัสดิการ ๔๐/๗๕
(มีผู้อนุบาล)

เขียนที่

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรื่อง ขอรับสวัสดิการโครงการสวัสดิการ ๔๐/๗๕

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการ สกสค.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... นามสกุล.....
เลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 ที่อยู่ปัจจุบัน.....

..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน (ถ้ามี) โทรศัพท์เคลื่อนที่ E-mail (ถ้ามี)

เป็นผู้อนุบาลของ นาย/นาง/นางสาว..... นามสกุล.....
เลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 เป็นสมาชิก ช.พ.ค. ช.พ.ส.
สังกัด..... เลขประจำตัวสมาชิก

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 ที่อยู่ปัจจุบัน.....
..... รหัสไปรษณีย์.....

เกิดวันที่..... เดือน พ.ศ. อายุ..... ปี ได้รับการตอบรับเข้าเป็นสมาชิก
เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. รวมเป็นเวลา..... ปี

มีอายุการเป็นสมาชิก ๔๐ ปี ขึ้นไป มีอายุครบ ๗๕ ปี ขึ้นไป

มีความประสงค์จะขอรับสวัสดิการตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการ
และสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาว่าด้วยการจัดสวัสดิการ ๔๐/๗๕ พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยขอรับสวัสดิการนี้
ตั้งแต่วันที่..... เป็นต้นไป พร้อมกันนี้ได้ส่งหลักฐานต่างๆ มาเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

- สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)
- ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาล.....(ถ้ามี)
- คำสั่งศาล ในกรณีที่ถูกศาลสั่งให้เป็นบุคคลเสมือนไร้ความสามารถหรือบุคคลไร้ความสามารถ
- อื่นๆ โปรดระบุ.....(ถ้ามี)
- ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ข้อความในแบบคำขอรับสวัสดิการนี้เป็นข้อมูลที่ถูกต้องแท้จริงและ **ได้ชำระเงินสงเคราะห์รายศพ**
เป็นปัจจุบันแล้ว

๒. ข้าพเจ้าได้แจ้งให้ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวตามกฎหมายของสมาชิกทราบแล้ว
ว่าตกลงให้สำนักงานคณะกรรมการ สกสค. หักเงินเพื่อชำระภาระผูกพันอันเกิดขึ้นจากการที่ขอรับสวัสดิการครั้งนี้ทั้งสิ้น
ตั้งแต่วันที่สมาชิกได้รับอนุมัติให้รับสวัสดิการเป็นต้นไป

และข้าพเจ้าได้ลงชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานข้างท้ายนี้

สำหรับเจ้าหน้าที่
ขอรับรองว่า.....
สมาชิก ช.พ.ค. / ช.พ.ส. เลขประจำตัว.....
มีคุณสมบัติเป็นไปตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการ สกสค.
ว่าด้วยการจัดสวัสดิการโครงการสวัสดิการ ๔๐/๗๕ พ.ศ. ๒๕๖๓

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้อำนวยการสำนักงาน สกสค.

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)



แบบคำขอรับสวัสดิการ ๔๐/๗๕
(กรณีดำรงชีพ)

เขียนที่
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรื่อง ขอรับสวัสดิการโครงการสวัสดิการ ๔๐/๗๕

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการ สกสค.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... นามสกุล.....
เลขประจำตัวประชาชน [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] เป็นสมาชิก ช.พ.ค. ช.พ.ส.
สังกัด..... เลขประจำตัวสมาชิก [] [] [] [] [] [] [] [] ที่อยู่ปัจจุบัน.....
..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน (ถ้ามี) โทรศัพท์เคลื่อนที่ E-mail (ถ้ามี)
เกิดวันที่..... เดือน พ.ศ. อายุ.....ปี ได้รับการตอบรับเข้าเป็นสมาชิกเมื่อ
วันที่..... เดือน..... พ.ศ. รวมเป็นเวลา..... ปี
ประสบปัญหาในการดำรงชีพ เนื่องจาก (โปรดระบุสาเหตุให้ชัดเจน).....

มีความประสงค์ขอรับสวัสดิการตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครู
และบุคลากรทางการศึกษาว่าด้วยการจัดสวัสดิการ ๔๐/๗๕ พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยขอรับสวัสดิการนี้ ตั้งแต่งวดที่.....
เป็นต้นไป พร้อมกันนี้ได้ส่งหลักฐานต่างๆ มาเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

- สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)
 ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาล.....(ถ้ามี)
 คำสั่งศาล ในกรณีที่ถูกศาลสั่งให้เป็นบุคคลเสมือนไร้ความสามารถหรือบุคคลไร้ความสามารถ(ถ้ามี)
 อื่นๆ โปรดระบุ.....(ถ้ามี)

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ข้อความในแบบคำขอรับสวัสดิการนี้เป็นข้อมูลที่ถูกต้องแท้จริงและได้ชำระเงินสงเคราะห์รายศพ
เป็นปัจจุบันแล้ว

๒. ข้าพเจ้าได้แจ้งให้ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวตามกฎหมายรับทราบแล้วว่าข้าพเจ้าตกลง
ให้สำนักงานคณะกรรมการ สกสค. หักเงินเพื่อชำระภาระผูกพันอันเกิดขึ้นจากการที่ข้าพเจ้าขอรับสวัสดิการครั้งนี้ทั้งสิ้น
ตั้งแต่วันที่ข้าพเจ้าได้รับอนุมัติให้รับสวัสดิการเป็นต้นไป

และข้าพเจ้าได้ลงชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานข้างท้ายนี้

สำหรับเจ้าหน้าที่
ขอรับรองว่า.....
สมาชิก ช.พ.ค. / ช.พ.ส. เลขประจำตัว.....
มีคุณสมบัติเป็นไปตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการ สกสค.
ว่าด้วย การจัดสวัสดิการโครงการสวัสดิการ ๔๐/๗๕ พ.ศ. ๒๕๖๓

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้อำนวยการสำนักงาน สกสค.

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)
ลงชื่อ.....พยาน
(.....)
ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

****หมายเหตุ กรณีที่ศาลมีคำสั่งแต่งตั้งผู้พิทักษ์ ควรให้ผู้พิทักษ์เขียนแบบให้ความยินยอมประกอบการขอรับสวัสดิการด้วย**

