แบบขอรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ข้าราชการและลูกจ้างมหาวิทยาลัยขอนแก่น

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน อธิการบดี ผ่านประธานกรรมการกองทุนสวัสดิการสงเคราะห์ฯ

ข้าพเจ้าชื่อ.....อายุ.....ปี บัตรประจำตัว.....
เลขที่.....ออกให้โดย.....วันออกบัตร.....
บัตรหมดอายุ.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....
หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทร.....
สถานที่ทำงาน.....โทร.....

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ฯ ( ) ข้าราชการ ( ) ลูกจ้างประจำ ( ) ลูกจ้างชั่วคราว มหาวิทยาลัยขอนแก่น กรณี.-

( ) สูญเสียอวัยวะ
( ) ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร

ก่อนออกจากราชการด้วยเหตุดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ปฏิบัติงานอยู่ในสังกัด.....
.....
..... และออกจากราชการเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ตามคำสั่งที่...../.....ลงวันที่.....

( ) ตาย ซึ่ง (ผู้ตาย).....
ก่อนตายสังกัด.....
( ) ผู้ตายได้ระบุตัวผู้รับเงิน ( ) ไม่ระบุตัวผู้รับเงิน

ชื่อผู้มีสิทธิรับเงิน	อายุ	เกี่ยวข้องกับผู้ตาย	จำนวนเงิน
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ให้ไว้ข้างต้นนี้ เป็นความจริงทุกประการ และขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ตามระเบียบฯ ว่าด้วยกองทุนสวัสดิการสงเคราะห์ข้าราชการ และลูกจ้าง พ.ศ. 2536 หากภายหลังปรากฏว่าข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ฯ ไปโดยไม่มีสิทธิหรือมีสิทธิเพียงบางส่วน ข้าพเจ้ายินดีที่จะคืนเงินที่ข้าพเจ้าได้รับไปโดยไม่มีสิทธินั้น ให้แก่ผู้มีสิทธิภายใน 30 วัน นับจากวันที่ได้รับแจ้งจากมหาวิทยาลัยขอนแก่น

(ลงชื่อ) ..... ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(.....)

(ลงชื่อ) ..... พยาน
(.....)

(ลงชื่อ) ..... พยาน
(.....)

(1) สำหรับเจ้าหน้าที่

เรียน กรรมการและเลขานุการ

งานทะเบียนประวัติ ได้ตรวจสอบใบคำขอรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์แล้ว ปรากฏว่า ผู้ขอรับสวัสดิการสงเคราะห์

( ) เป็นผู้มีสิทธิรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์

( ) เป็นผู้ที่ผู้ตายได้ระบุตัวให้เป็นผู้รับสวัสดิการสงเคราะห์

( ) ไม่เป็นผู้ที่ผู้ตายได้ระบุตัวให้เป็นผู้รับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ฯ แต่มีสิทธิรับเงินตามระเบียบฯ พ.ศ. 2536 ข้อ 7

( ) ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบคำขอรับเงินสวัสดิการรายนี้แล้ว รับรองว่าถูกต้องตามที่ร้องขอ และได้แนบเอกสารที่เกี่ยวข้องมาพร้อมน จำนวน ..... แผ่น

(ลงชื่อ) ..... ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ตำแหน่ง .....

.....

(2)

เรียน ประธานกรรมการฯ

เพื่อโปรดพิจารณา เห็นควรนำเสนอที่ประชุม

(ลงชื่อ) .....

(.....)

กรรมการและเลขานุการ

...../...../.....

(3)

เรียน กรรมการและเลขานุการ

นำเสนอที่ประชุม

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ประธานกรรมการ

...../...../.....

(4)

เรียน อธิการบดี ผ่านประธานกรรมการฯ

คณะกรรมการกองทุนสวัสดิการสงเคราะห์ฯ ประชุมครั้งที่...../.....เมื่อวันที่.....

.....ได้พิจารณาแล้ว มีมติเห็นควร.....

.....

.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ) .....

(.....)

กรรมการและเลขานุการ

...../...../.....

(5) ความเห็นของอธิการบดี

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แบบคำขอรับเงินช่วยพิเศษกรณีข้าราชการถึงแก่ความตาย

เขียนที่.....

วันที่.....

1. ข้าพเจ้าผู้มีชื่อตามข้างท้ายคำขอรับเงินช่วยพิเศษนี้ มีความประสงค์จะยื่นคำขอรับเงินช่วยพิเศษ ต่อ (หัวหน้าส่วนราชการเจ้าสังกัดของผู้ตาย).....
เนื่องจากความตายของ..... ซึ่งได้ถึงแก่ความตายเมื่อ .....ปรากฏตามหลักฐานที่ระบุในข้อ 3 โดยเป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินช่วยพิเศษ ในฐานะ

○ เป็นบุคคลที่ระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยพิเศษ

○ เป็นบุคคลตามมาตรา 23 วรรคสอง ได้แก่ (คู่สมรส/บุตร ฯลฯ).....
..... มีจำนวนทั้งสิ้น ..... คน คือ.-

(1) ..... อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

(2) ..... อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

(3) ..... อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

2. ผู้ตาย .....เป็นข้าราชการ (พลเรือน ทหาร ฯลฯ) .....
ชั้น/ยศ/ระดับ ..... ตำแหน่ง.....สังกัดกอง/สำนักงาน.....
กรม..... กระทรวง ..... จังหวัด.....
อัตราเงินเดือนครั้งสุดท้าย เดือนละ..... บาท และได้รับเงินเพิ่มประเภท

เงินเพิ่มค่าวิชา เดือนละ ..... บาท
เงินเพิ่มการเลื่อนฐานะ เดือนละ ..... บาท
เงินประจำตำแหน่งที่ต้องเผชิญอันตรายเป็นปกติ เดือนละ ..... บาท
เงินเพิ่มพิเศษสำหรับการสู้รบ เดือนละ ..... บาท
เงินเพิ่มพิเศษสำหรับการปราบปรามผู้กระทำผิด เดือนละ..... บาท

รวมเป็นเงินที่ได้รับทั้งสิ้น เดือนละ ..... บาท คิดเป็นเงินช่วยพิเศษ (3 เท่า)
..... บาท (.....)

ได้ถึงแก่ความตาย ◯ โดยเหตุปกติเนื่องจาก (เจ็บป่วย ฯลฯ) .....
เมื่อ.....

◯ เนื่องจากสูญหายและมีคำเนาคำสั่งของรัฐมนตรีเจ้าสังกัด สันนิษฐานไว้ตามกฎหมายบำเหน็จ บำนาญ ตามคำสั่งที่.....ลงวันที่.....

◯ เนื่องจากสาบสูญและมีคำสั่งของศาลว่าเป็นบุคคลสาบสูญ ตามคำสั่งศาล.....หมายเลขคดี.....ลงวันที่.....

3. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารต่าง ๆ ดังต่อไปนี้มาด้วย เพื่อประกอบการพิจารณา

◯ หลักฐานที่แสดงว่าเป็นบุคคลผู้มีสิทธิตามมาตรา 23 วรรคสอง ได้แก่.....

◯ สำเนามรณบัตรที่รับรองถูกต้อง

◯ สำเนาคำสั่งของรัฐมนตรีเจ้าสังกัด

◯ สำเนาคำสั่งของศาล

4. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินช่วยพิเศษตามพระราชกฤษฎีกาการจ่ายเงินเดือน เงินปีบำเหน็จ บำนาญ และเงินอื่นในลักษณะเดียวกัน และถ้าปรากฏต่อไปว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ไม่มีสิทธิแต่อย่างใดตามกฎหมาย ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินช่วยพิเศษที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิ ตลอดจนชดใช้ค่าเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งสิ้นแก่ทางราชการ ภายใน 30 วัน นับจากวันที่ทางราชการแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบตามที่อยู่ข้างต้นนี้

(ลงชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

(ลงชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

(ลงชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

<u>หมายเหตุ</u> 1. กรณีผู้มีสิทธิตามมาตรา 23 วรรคสอง ในลำดับเดียวกันมีหลายคน

1.1 ให้ระบุชื่อและที่อยู่ทุกคนในข้อ 1 โดยชัดเจน และต้องลงลายมือชื่อของบุคคลเหล่านั้นรวมกันมาในท้ายคำขอรับเงินช่วยพิเศษ

1.2 หากมีการมอบฉันทะให้รับเงินช่วยพิเศษ ให้ใช้แบบมอบฉันทะที่กระทรวงการคลังกำหนด

2. ให้ส่วนราชการผู้เบิก ตรวจสอบเอกสารต่างๆ ที่สามารถรับฟังได้ว่า เป็นบุคคลดังกล่าวในมาตรา 23 วรรคสอง เช่น สำเนาทะเบียนบ้าน หลักฐานการสมรสของคู่สมรสผู้ตาย หลักฐานรับรองการอุปการะของผู้ที่เชื่อถือได้ เป็นต้น

○ การซื้อทรัพย์สินหรือจ้างทำของโดยวิธีตกลงราคา จำนวน..... บาท

○ การซื้อทรัพย์สินหรือจ้างทำของโดยวิธีสอบราคา จำนวน..... บาท

○ การซื้อทรัพย์สินหรือจ้างทำของโดยวิธีประกวดราคา จำนวน..... บาท

○ การซื้อทรัพย์สินหรือจ้างทำของโดยวิธีพิเศษ จำนวน..... บาท

○ การซื้อทรัพย์สินหรือจ้างทำของโดยวิธีกรณีพิเศษ จำนวน..... บาท

○ การจ้างโดยวิธีกำหนดราคา จำนวน..... บาท

○ การเบิกเงินอื่นๆ จำนวน..... บาท

รายละเอียดจำนวนเงินงบประมาณขอเบิก

วิธีจัดซื้อ, จัดจ้าง	ประเภท	รายการ	จำนวนเงิน
การเบิกเงินอื่นๆ	เงินช่วยเหลือข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ	กอง/สำนักงาน..... นาย ก. ตำแหน่งเลขที่..... อัตราเงินเดือน/ค่าจ้าง เดือนละ.....บาท เงินเพิ่มประเภท..... เดือนละ.....บาท ..... เดือนละ.....บาท ..... เดือนละ.....บาท ..... เดือนละ.....บาท ..... เดือนละ.....บาท รวมเดือนละ.....บาท	..... (3 เท่า)
		นาย ข. ตำแหน่งเลขที่..... อัตราเงินเดือน/ค่าจ้าง เดือนละ.....บาท เงินเพิ่มประเภท..... เดือนละ.....บาท ..... เดือนละ.....บาท ..... เดือนละ.....บาท ..... เดือนละ.....บาท ..... เดือนละ.....บาท รวมเดือนละ.....บาท	..... (3 เท่า)
รวมเงินงบประมาณขอเบิก		บาท	.....

แบบคำขอรับเงินช่วยพิเศษกรณีลูกจ้างประจำถึงแก่ความตาย

เขียนที่.....

วันที่.....

1. ข้าพเจ้าผู้มีชื่อตามข้างท้ายคำขอรับเงินช่วยพิเศษนี้ มีความประสงค์จะยื่นคำขอรับเงินช่วยพิเศษ ต่อ

(หัวหน้าส่วนราชการเจ้าสังกัดของผู้ตาย).....

เนื่องจากความตายของ.....ซึ่งได้ถึงแก่ความตายเมื่อ

.....ปรากฏตามหลักฐานที่ระบุในข้อ 3 โดยเป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินช่วยพิเศษ

ในฐานะ

◯ เป็นบุคคลที่ระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยพิเศษ

◯ เป็นบุคคลตามข้อ 18 วรรคสอง ได้แก่ (คู่สมรส/บุตร ฯลฯ) .....

..... มีจำนวนทั้งสิ้น ..... คน คือ.-

(1) ..... อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

(2) ..... อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

(3) ..... อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

2. ผู้ตาย .....เป็นลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง .....

สังกัดกอง/สำนักงาน..... กรม.....

กระทรวง ..... จังหวัด.....

อัตราค่าจ้างครั้งสุดท้าย เดือนละ หรือวันละ หรือชั่วโมงละ ..... บาท

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

รวมเป็นเงินที่ได้รับทั้งสิ้น เดือนละ .....บาท คิดเป็นเงินช่วยพิเศษ(3เท่า).....บาท

ได้ถึงแก่ความตาย โดยเหตุปกติเนื่องจาก (เจ็บป่วย ฯลฯ) .....

◯ เมื่อ.....

เนื่องจากสาบสูญและมีคำสั่งของศาลว่าเป็นบุคคลสาบสูญ ตามคำสั่งศาล.....

◯ .....หมายเลขคดี.....

ลงวันที่.....

3. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารต่าง ๆ ดังต่อไปนี้มาด้วย เพื่อประกอบการพิจารณา

   ◯ หลักฐานที่แสดงว่าเป็นบุคคลผู้มีสิทธิตามข้อ 18 วรรคสอง ได้แก่.....

   ◯ สำเนามรณบัตรซึ่งรับรองถูกต้อง

   ◯ สำเนาคำสั่งของศาล

4. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินช่วยพิเศษตามระเบียบ ว่าด้วยการจ่ายค่าจ้างลูกจ้างของส่วนราชการ และถ้าปรากฏต่อไปว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้ไม่มีสิทธิแต่อย่างใด ตามระเบียบ ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินช่วยพิเศษที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิ ตลอดจนชดใช้ค่าเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งสิ้นแก่ทางราชการภายใน 30 วัน นับจากวันที่ทางราชการแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ ตามที่อยู่ข้างต้นนี้

(ลงชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

<u>หมายเหตุ</u> 1. กรณีผู้มีสิทธิตามข้อ 18 วรรคสอง ในลำดับเดียวกันมีหลายคน

1.1 ให้ระบุชื่อและที่อยู่ทุกคนในข้อ 1 โดยชัดเจน และต้องลงลายมือชื่อของบุคคลเหล่านั้นรวมกันมาในท้ายคำขอรับเงินช่วยพิเศษด้วย

1.2 หากมีการมอบฉันทะให้รับเงินช่วยพิเศษ ให้ใช้แบบมอบฉันทะที่กระทรวงการคลังกำหนด

2. ให้ส่วนราชการผู้เบิก ตรวจสอบเอกสารต่างๆ ที่สามารถรับฟังได้ว่า เป็นบุคคลดังกล่าวในข้อ 18 วรรคสอง เช่น สำเนาทะเบียนบ้าน หลักฐานการสมรสของคู่สมรสผู้ตาย หลักฐานรับรองการอุปการะของผู้ที่เชื่อถือได้ เป็นต้น

○ การซื้อทรัพย์สินหรือจ้างทำของโดยวิธีตกลงราคา จำนวน..... บาท

○ การซื้อทรัพย์สินหรือจ้างทำของโดยวิธีสอบราคา จำนวน..... บาท

○ การซื้อทรัพย์สินหรือจ้างทำของโดยวิธีประกวดราคา จำนวน..... บาท

○ การซื้อทรัพย์สินหรือจ้างทำของโดยวิธีพิเศษ จำนวน..... บาท

○ การซื้อทรัพย์สินหรือจ้างทำของโดยวิธีกรณีพิเศษ จำนวน..... บาท

○ การจ้างโดยวิธีกำหนดราคา จำนวน..... บาท

○ การเบิกเงินอื่นๆ จำนวน..... บาท

รายละเอียดจำนวนเงินงบประมาณขอเบิก

วิธีจัดซื้อ, จัดจ้าง	ประเภท	รายการ	จำนวนเงิน
การเบิกเงินอื่นๆ	เงินช่วยเหลือข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ	กอง/สำนักงาน..... นาย ก. ตำแหน่งเลขที่..... อัตราเงินเดือน/ค่าจ้าง เดือนละ.....บาท เงินเพิ่มประเภท..... เดือนละ.....บาท ..... เดือนละ.....บาท ..... เดือนละ.....บาท ..... เดือนละ.....บาท ..... เดือนละ.....บาท รวมเดือนละ.....บาท	..... (3 เท่า)
		นาย ข. ตำแหน่งเลขที่..... อัตราเงินเดือน/ค่าจ้าง เดือนละ.....บาท เงินเพิ่มประเภท..... เดือนละ.....บาท ..... เดือนละ.....บาท ..... เดือนละ.....บาท ..... เดือนละ.....บาท ..... เดือนละ.....บาท รวมเดือนละ.....บาท	..... (3 เท่า)
รวมเงินงบประมาณขอเบิก		บาท	.....

เลขประจำตัวสมาชิก

ใบสมัครเป็นสมาชิก ก.ณ.ม.ข.

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี นับถือศาสนา.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เป็น ( ) ข้าราชการ ( ) ลูกจ้างประจำ

( ) ลูกจ้างชั่วคราว สังกัดกอง/คณะ.....โทรศัพท์..... .....เข้ารับราชการใน

มหาวิทยาลัยขอนแก่นเมื่อวันที่.....เดือน..... .....พ.ศ.....ภูมิลำเนาเดิมบ้านเลขที่.....ถนน.....

หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ปัจจุบันพักอยู่บ้านเลขที่.....ถนน..... หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....

.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

สถานภาพทางครอบครัว ( ) โสด ( ) สมรส ชื่อคู่สมรส.....

( ) อย่าร้าง ( ) หม้าย

ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นสมาชิกของ ก.ณ.ม.ข. และพร้อมนี้ได้ส่งเงินค่าสมัครเป็นสมาชิก จำนวน 20 บาท และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 100 บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 120 บาท (หนึ่งร้อยยี่สิบบาทถ้วน) ตามข้อบังคับ ก.ณ.ม.ข. ข้อ 16 แล้ว และหากมีการจ่ายเงินสงเคราะห์ล่วงหน้ากรณีที่สมาชิกเสียชีวิตในเดือนใด

( ) ข้าพเจ้ายินยอมให้ ก.ณ.ม.ข. หักเงินเดือนหรือค่าจ้างของข้าพเจ้าเท่ากับจำนวนเงินที่ ก.ณ.ม.ข. ได้จ่ายไป

( ) ข้าพเจ้าจะนำเงินสงเคราะห์ล่วงหน้ามาชำระด้วยตนเองตามที่ ก.ณ.ม.ข. แจ้ง

หากข้าพเจ้าถึงแก่กรรม ขอมอบให้.....อยู่บ้านเลขที่..... .....

ถนน.....ตำบล..... .....อำเภอ..... .....จังหวัด.....

ซึ่งเป็น.....ของข้าพเจ้า เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์และจัดการงานฌาปนกิจของข้าพเจ้า และถ้าหากไม่มีบุคคลดังกล่าว ข้าพเจ้าขอให้ผู้มีรายชื่อตามลำดับต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ตามข้อบังคับ ข้อ 14

ลำดับที่	ชื่อ - นามสกุล	อายุ	เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า	อาชีพ	ที่พักปัจจุบัน	หมายเหตุ
1	.....	.....	.....	.....	....	... .
2	.....	.....	.....	.....	....	... .
3	.....	.....	....	.....	....	... .
4	.....	.....	.....	.....	....	... .
5	.....	.....	....	.....	....	... .

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ และจะปฏิบัติตามข้อบังคับฯ และระเบียบที่เกี่ยวข้องหรือจะมีขึ้นอย่างเคร่งครัด

(ลงชื่อ) .....ผู้สมัคร

(.....)

หนังสือรับรองการสมัครเข้าเป็นสมาชิกของ ก.ณ.ม.ข.

เขียนที่ .....

วันที่ .....เดือน .....พ.ศ. .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า .....เป็น ( ) ข้าราชการ ( ) ลูกจ้างประจำ ( ) ลูกจ้างชั่วคราว สังกัดกอง/คณะ .....

ซึ่งขอสมัครเป็นสมาชิกของ ก.ณ.ม.ข. ได้กรอกข้อความในใบสมัครตามความเป็นจริง มีสุขภาพแข็งแรง และเป็นผู้มีคุณสมบัติตาม ข้อบังคับของ ก.ณ.ม.ข. ข้อ 10 ทุกประการ

( ) กรรมการ ก.ณ.ม.ข.

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับรอง หรือ

(.....) ( ) สมาชิก ก.ณ.ม.ข.

เลขประจำตัวสมาชิก .....

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับรอง

(.....)

เลขประจำตัวสมาชิก .....

หมายเหตุ : ผู้รับรองคุณสมบัติต้องเป็นกรรมการ ก.ณ.ม.ข. 1 คน หรือ สมาชิก ก.ณ.ม.ข. 2 คน

สำหรับเจ้าหน้าที่ทะเบียนตรวจสอบ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก ก.ณ.ม.ข. รายนี้แล้ว ปรากฏว่ามีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ :-

( ) ถูกต้องตามข้อบังคับ ก.ณ.ม.ข. พ.ศ. 2527 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

( ) ชำระค่าสมัครเป็นเงิน 20 บาท แล้ว ตามใบเสร็จรับเงินเล่มที่ .....

เลขที่ .....ลงวันที่ .....เดือน .....พ.ศ. .....

( ) ชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าแล้ว 100 บาท ตามใบเสร็จรับเงินเล่มที่ .....

เลขที่ .....ลงวันที่ .....เดือน .....พ.ศ. .....

( ) คุณสมบัติยังไม่ถูกต้อง เพราะ .....

.....

(ลงชื่อ) ..... ผู้ตรวจสอบ

(.....)

คณะกรรมการ ก.ณ.ม.ข. ได้พิจารณาแล้ว มีมติรับเข้าเป็นสมาชิกของ ก.ณ.ม.ข. เลขประจำตัวสมาชิกที่ .....ตั้งแต่วันที่ .....เดือน .....พ.ศ. .....เป็นต้นไป

(ลงชื่อ) .....

(.....)

นายทะเบียน ก.ณ.ม.ข. ทะเบียนเลขที่ 00/2051

ถูกต้อง

ประทับตรา

ก.ณ.ม.ข.

โปรดเขียนตัวบรรจง
และกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

ชพค.1

☐ กรณีปกติ

☐ กรณีพิเศษ (อายุเกิน)

ใบสมัครสมาชิก ช.พ.ค.

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... อายุ ..... ปี

เลขประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ..... คู่สมรสชื่อ .....

(1) เป็นผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษาในสังกัด

☐ กระทรวงศึกษาธิการ ☐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

☐ องค์การมหาชนหรือองค์กรในกำกับของกระทรวงศึกษาธิการ ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

(2) เป็น☐ ข้าราชการ ☐ เอกชน ชื่อตำแหน่ง .....

☐ สมาชิกคุรุสภา ☐ คณาจารย์ ☐ ครู ☐ ผู้บริหารสถานศึกษา

☐ ผู้บริหารการศึกษา ☐ บุคลากรทางการศึกษาอื่น ☐ ผู้ช่วยครู ☐ ครูช่วยสอน

☐ ครูสอนปริยัติธรรม ☐ ครูสอนศาสนา ☐ ครูพี่เลี้ยง ☐ ครูชายแดน

☐ ลูกจ้างประจำ ☐ ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษาอื่นๆ ระบุ .....

(3) สถานที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน .....

ตำบล (แขวง) ..... อำเภอ (เขต) ..... จังหวัด .....

รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....

(4) สถานที่ปฏิบัติงาน (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัด ..... เขต .....)

ชื่อหน่วยงาน/สถานศึกษา..... เลขที่ .....

ถนน ..... ตำบล (แขวง) ..... อำเภอ (เขต) .....

จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....

(5) สถานที่ที่ต้องการให้ติดต่อ

☐ สถานที่อยู่ ☐ สถานที่ปฏิบัติงาน

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษาแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. โดยยินยอมปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจ-สงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา และประกาศของกรรมการ ช.พ.ค. เรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. หรือเรื่องการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

คำสั่ง ☐ อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ตั้งแต่วันที่ .....

☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก .....

.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- ▲ ผอ. สกสค. จังหวัด
- ▲ ผอ. สกสค. กรุงเทพมหานคร
- ▲ ประธานกรรมการ ช.พ.ค.

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

ชพค.3/1

แบบประวัติการรักษาโรคของผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ค.

ถ้อยแถลงของผู้สมัครที่ให้แก่แพทย์ผู้ตรวจสุขภาพ เพื่อประกอบกับใบสมัครสมาชิก ช.พ.ค. วันที่ .....

คำเตือนของสำนักงาน ช.พ.ค.

ผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ค. ต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้สำนักงาน ช.พ.ค. ปฏิเสธไม่จ่ายเงินสงเคราะห์ครอบครัวตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา

1. ชื่อและนามสกุลของผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ค.	☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรประจำตัวข้าราชการ ☐ บัตรประจำตัวลูกจ้างประจำ เลขที่	อายุ ..... ปี/ ..... เดือน/..... วัน

2. ก. ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ประจำของท่าน หรือโรงพยาบาล หรือคลีนิก ที่ท่านใช้บริการเป็นประจำ (ถ้าไม่มีก็ให้แจ้งไว้ด้วยว่า " ไม่มี ")	ข. วันที่ท่านได้พบและปรึกษาแพทย์ครั้งสุดท้ายเมื่อใด ..... สาเหตุที่พบแพทย์ และผลการตรวจ (รวมทั้งแพทย์ประจำด้วย) ....

	รับ	ปฏิเสธ	ถ้าคำตอบในข้อ 3 - 7 เป็นคำตอบรับ โปรดให้รายละเอียด (โดยระบุเลขข้อคำถามที่เกี่ยวข้อง) รวมถึงการตรวจวินิจฉัยโรค วันที่ ระยะเวลา ชื่อและที่อยู่สถานที่รักษา
3. ท่านเคยเป็นหรือทราบว่าท่านเป็นหรือเคยได้รับคำแนะนำ และ / หรือ การรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่			
ก. โรคทางสมองหรือระบบประสาท	☐	☐	
ข. บ้วนเป็นเลือด วัณโรคในระยะคุกคาม โรคหืดหอบ โรคปอดอักเสบ หรือโรคใดโรคหนึ่งเกี่ยวกับปอดหรือระบบหายใจ	☐	☐	
ค. อาการเจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง พรายย้ำ โรคเลือดเส้นเลือด หรือโรคหัวใจ	☐	☐	
ง. โรคเกี่ยวกับตับ ถุงน้ำดี กระเพาะอาหาร หรือลำไส้ ท้องมาน (มีน้ำในช่องท้อง) โรคในช่องท้อง	☐	☐	
จ. โรคไต โรคระบบทางเดินปัสสาวะ	☐	☐	
ฉ. โรคเบาหวาน	☐	☐	
ช. โรคมะเร็ง เนื้องอก	☐	☐	
ซ. ภูมิคุ้มกันบกพร่อง	☐	☐	
4. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคย			
ก. ตรวจร่างกาย เช่น เอ็กซเรย์ ตรวจคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้า (EKG) ตรวจเลือด การตรวจและวินิจฉัยโรคด้วยเครื่องมืออื่น ๆ หรือไม่	☐	☐	
ข. เจ็บป่วย ได้รับบาดเจ็บ อุบัติเหตุ ผ่าตัด ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลหรือคลีนิก หรือการตรวจใด ๆ ที่ไม่ได้กล่าวไว้ข้างต้นหรือไม่	☐	☐	

	รับ	ปฏิเสธ	
5. คู่สมรสของท่านเคยเป็นโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (เอดส์) หรือไม่	☐	☐	
6. ในระหว่าง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยเป็นหรือเคยได้รับคำแนะนำในการรักษา หรือมีอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ท้องเดินเรื้อรัง ต่อมน้ำเหลืองโต หรือโรคผิวหนังเรื้อรัง ซึ่งเป็นติดต่อกันนานเกินกว่าหนึ่งสัปดาห์หรือไม่	☐	☐	

7. บันทึกเกี่ยวกับครอบครัว

	อายุ	กรณีที่เสียชีวิต	
		อายุเมื่อเสียชีวิต	สาเหตุที่เสียชีวิต
บิดา			
มารดา			
คู่สมรส			

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า

1. ถ้อยแถลงหรือคำตอบซึ่งข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นข้อเท็จจริงที่เป็นความจริง
2. ยินยอมให้นำข้อเท็จจริงดังกล่าวไปใช้เพื่อประกอบการพิจารณาการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ของข้าพเจ้า หรือการจ่ายเงินสงเคราะห์ครอบครัวตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา
3. ยินยอมให้สำนักงาน ช.พ.ค. เปิดเผยข้อเท็จจริงอันเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. หรือการจ่ายเงิน ช.พ.ค. ของข้าพเจ้า
4. ในส่วนของข้อเท็จจริงอันเกี่ยวกับสุขภาพ ยินยอมให้แพทย์หรือบุคคลใด ๆ ซึ่งเคยได้ตรวจรักษาหรือจะตรวจสุขภาพข้าพเจ้าในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงดังกล่าวให้สำนักงาน ช.พ.ค. ทราบเพื่อการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. หรือการจ่ายเงิน ช.พ.ค.

เขียนที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ลงชื่อ ..... พยาน
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน
(.....)

ชพค. 3

ใบรับรองแพทย์ในการสมัครสมาชิก ช.พ.ค.

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า ..... แพทย์ปริญญาสาขาเวชกรรม

หมายเลขทะเบียน ..... ประจำ .....

ได้ตรวจสอบประวัติการรักษาโรคและทำการตรวจร่างกายของผู้สมัคร ช.พ.ค. แล้ว

ขอรับรองว่า (นาย , นาง , นางสาว) .....

☐ เป็นผู้มีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ ไม่มีโรคร้ายแรงที่จะเป็นเหตุให้ถึงแก่กรรมในระยะเวลาอันใกล้

☐ ความเห็นอื่นๆ .....

.....

.....

.....

.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

หมายเหตุ (ก) แพทย์ผู้ตรวจต้องเป็นนายแพทย์ ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรม

(ข) ใบรับรองแพทย์นี้มีผลบังคับใช้ได้ไม่เกิน 15 วัน นับตั้งแต่วันที่แพทย์ได้ทำการตรวจร่างกาย จนถึงวันที่ยื่นใบสมัคร

(ค) หากแพทย์ผู้ตรวจมีความเห็นเป็นอย่างอื่น โปรดกรอกข้อความเพิ่มเติม