**แบบหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยพิเศษกรณีพนักงานกระทรวงสาธารณสุขถึงแก่ความตาย**

เขียนที่.............................................................

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

ข้าพเจ้า.................................................................................................เป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป

ตำแหน่ง................................................................สังกัด............................................................................

กรม.......................................................................กระทรวง.................................................................................

จังหวัด..........................................................ได้รับค่าจ้างเดือนละ........................................................................

ขอแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยพิเศษโดยหนังสือฉบับนี้ว่า ในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่ความตายในระหว่าง รับราชการและทางราชการจะต้องจ่ายเงินช่วยพิเศษให้ตาม ข้อ 5 ของประกาศคณะกรรมการบริหารพนักงานกระทรวงสาธารณสุข เรื่องสิทธิประโยชน์ของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป พ.ศ. 2556 ข้าพเจ้าประสงค์จะให้จ่ายเงินช่วยพิเศษแก่.............................................................ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่............ ถนน..............................................................................ตำบล/แขวง..................................................................... อำเภอ/เขต..................................................................จังหวัด............................................................................. รหัสไปรษณีย์.............................................................

( ลงชื่อ ).......................................................ผู้แสดงเจตนา

(....................................................)

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

(....................................................)

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

(....................................................)

ได้บันทึกไว้ในระบบข้อมูลพนักงานกระทรวงสาธารณสุขแล้ว

ลงชื่อ...............................................เจ้าหน้าที่ทะเบียนประวัติ

(.............................................)

ตำแหน่ง..........................................

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

-2-

**บันทึกการเปลี่ยนแปลง**

ข้าพเจ้าขอยกเลิกหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยพิเศษฉบับนี้โดยได้แสดงเจตนาใหม่ตามหนังสือแสดงเจตนา ลงวันที่........................................................ซึ่งได้แสดงเจตนาให้......................................... ........................................................................เป็นผู้มีสิทธิรับเงินช่วยพิเศษเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตายระหว่างรับราชการ

(ลงชื่อ)...........................................................ผู้แสดงเจตนา

(..........................................................)

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

ได้บันทึกไว้ในสมุด/แฟ้มประวัติแล้ว

ลงชื่อ.................................................เจ้าหน้าที่ทะเบียนประวัติ

(..............................................)

ตำแหน่ง............................................

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

**หมายเหตุ**

1. ให้มอบหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยพิเศษไว้ ณ ส่วนราชการที่ตนสังกัด เมื่อมีการย้ายก็ให้ส่งหนังสือดังกล่าวไปด้วย และให้มีการบันทึกการแสดงเจตนาไว้ในระบบข้อมูลพนักงานกระทรวงสาธารณสุขด้วย

2. ให้ระบุชื่อผู้รับเงินช่วยพิเศษแต่เพียงรายเดียว หากจะเปลี่ยนแปลงตัวผู้รับเงินช่วยพิเศษในภายหลังให้ทำหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยพิเศษฉบับใหม่แทนฉบับเดิม ตามแบบที่ กพส. กำหนด และให้แนบฉบับเดิมไว้ด้วย พร้อมการปรับปรุงการบันทึกไว้ในระบบข้อมูลพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

3. การขูดลบ ตก เดิม หรือการแก้ไขเปลี่ยนแปลงอย่างอื่นในหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยพิเศษ ให้ลงลายมือชื่อกำกับไว้

-3-

**แบบคำขอรับเงินช่วยพิเศษกรณีพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไปถึงแก่ความตาย**

เขียนที่..................................................

วันที่......................................................

1. ข้าพเจ้าผู้มีชื่อตามข้างท้ายคำขอรับเงินช่วยพิเศษนี้ มีความประสงค์จะยื่นคำขอรับเงินช่วยพิเศษต่อ (หัวหน้าส่วนราชการเจ้าสังกัดของผู้ตาย).............................................................................................................. เนื่องจากความตายของ........................................................................................................ซึ่งได้ถึงแก่ความตาย เมื่อ..........................................................ปรากฏตามหลักฐานที่ระบุในข้อ 3 โดยเป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินช่วยพิเศษในฐานะ

เป็นบุคคลที่ระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยพิเศษ

เป็นบุคคลตามมาตรา 24 วรรคสอง แห่งพระราชกฤษฎีกาการจ่ายเงินเดือน เงินปี บำเหน็จ บำนาญ และเงินอื่นในลักษณะเดียวกัน พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่ม ได้แก่ (คู่สมรส/บุตร/บิดามารดา ฯลฯ)

(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.................................................................................................เป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป ตำแหน่ง...........................................................................สังกัด............................................................................ กรม................................................กระทรวง.........................................................จังหวัด................................... อัตราค่าจ้างครั้งสุดท้ายเดือนละ........................................................บาท

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

รวมเป็นเงินที่ได้รับทั้งสิ้นเดือนละ............................บาท คิดเป็นเงินช่วยพิเศษ (3 เท่า).......................บาท

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

เมื่อ......................................................................................................... เนื่องจากสาบสูญ และมีคำสั่งของศาลว่าเป็นบุคคลสาบสูญ ตาม

คำสั่งศาล.................................หมายเลขคดี........................................

ลงวันที่...................................................................................................

-4-

3. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารต่างๆ ดังต่อไปนี้มาด้วย เพื่อประกอบการพิจารณา

หลักฐานที่แสดงว่าเป็นบุคคลผู้มีสิทธิตามมาตรา 24 วรรคสอง ได้แก่................................... สำเนามรณบัตรซึ่งรับรองถูกต้อง

สำเนาคำสั่งของศาล

4. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินช่วยพิเศษตาม ข้อ 5 ของประกาศคณะกรรมการบริหารพนักงานกระทรวงสาธารณสุข เรื่องสิทธิประโยชน์ของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป พ.ศ. 2556 และถ้าปรากฏต่อไปว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ไม่มีสิทธิแต่อย่างใดตามประกาศ ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินช่วยพิเศษที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนชดใช้ค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งสิ้นแก่ทางราชการภายใน 30 วัน นับจากวันที่ทางราชการแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบตามที่อยู่ข้างต้นนี้

(ลงชื่อ).....................................................ผู้ยืนคำขอ

(.................................................)

(ลงชื่อ).....................................................ผู้ยืนคำขอ

(.................................................)

(ลงชื่อ).....................................................ผู้ยืนคำขอ

(.................................................)

หมายเหตุ 1. กรณีผู้มีสิทธิตามมาตรา 24 วรรคสอง ในลำดับเดียวกันมีหลายคน

1.1 ให้ระบุชื่อและที่อยู่ทุกคนในข้อ 1 โดยชัดเจน และต้องลงลายมือชื่อของบุคคลเหล่านั้น รวมกันมาในท้ายคำขอรับเงินช่วยพิเศษด้วย

1.2 หากมีการมอบฉันทะให้รับเงินช่วยพิเศษ ให้ใช้แบบมอบฉันทะที่ กพส. กำหนด

2. ให้ส่วนราชการผู้เบิกตรวจสอบเอกสารต่างๆ ที่สามารถรับฟังได้ว่า เป็นบุคคลดังกล่าวในมาตรา 24 วรรคสอง เช่น สำเนาทะเบียนบ้าน หลักฐานการสมรสของคู่สมรสผู้ตาย หลักฐานรับรองการอุปการะของผู้ที่เชื่อถือได้ เป็นต้น

-5-

**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................................ เป็นผู้ดำเนินการยื่นหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยพิเศษกรณีพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไปถึงแก่ความตายฉบับลงวันที่....................................................................ที่แนบมาพร้อมนี้ แทนข้าพเจ้า

( ลงชื่อ ).......................................................ผู้มอบฉันทะ

(....................................................) ( ลงชื่อ ).......................................................ผู้มอบฉันทะ

(....................................................)

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

(....................................................)

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

(....................................................)

**หมายเหตุ**

1. ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบฉันทะและผู้รับมอบฉันทะพร้อมกับรับรองสำเนาถูกต้องด้วย

2. ให้เก็บหนังสือฉบับนี้รวมไว้กับหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยพิเศษกรณีพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไปถึงแก่ความตายที่ยื่นไว้ต่อส่วนราชการ

-6-

**แบบคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง**

เขียนที่.....................................................

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

ข้าพเจ้า...............................................................................เป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ตำแหน่ง......................................................... สังกัด ........................................................................................... กรม...............................................................................................กระทรวง.................................................... จังหวัด.................................................. มีความประสงค์ขอยกเลิกหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยพิเศษ กรณีพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไปถึงแก่ความตายฉบับเดิมและขอแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยพิเศษกรณีพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไปถึงแก่ความตายใหม่ ดังนี้

1. ชื่อ – นามสกุล ......................................................ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่................... ถนน............................ตำบล/แขวง.............................................อำเภอ/เขต................................................... จังหวัด.............................................รหัสไปรษณีย์............................................โทร..............................................

( ลงชื่อ ).......................................................ผู้แสดงเจตนา

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

(....................................................)

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