

คู่มือสำหรับประชาชน
(องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี)

งานที่ให้บริการ	การขอรับบำเหน็จปกติของทายาทและเงินช่วยเหลือพิเศษ (กรณีลูกจ้างประจำขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถึงแก่กรรม)
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ชื่อ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่ ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
๑. กองคลัง สำนักงาน องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (เว้นวันหยุดราชการ) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. ถึง ๑๖.๓๐ น.
๒. ระบุช่องทางในการขออนุญาตอื่น ๆ (ถ้ามี)	ระบุระยะเวลาเปิดให้บริการของช่องทางที่ ๒ (ถ้ามี)

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

สิทธิประโยชน์เกี่ยวกับบำเหน็จปกติและเงินช่วยเหลือพิเศษกรณีของลูกจ้างประจำที่ได้ทำงานเป็นลูกจ้างประจำไม่น้อยกว่า ๑ ปีบริบูรณ์ ถึงแก่ความตาย ถ้าความตายนั้นมิได้เกิดขึ้นเนื่องจากความประพฤติชั่วอย่างร้ายแรงของตนเองให้จ่ายเงินบำเหน็จปกติให้แก่ทายาทผู้มีสิทธิได้รับมรดกตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ตาม ข้อ ๘ ของระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยบำเหน็จลูกจ้างของหน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม สำหรับเงินช่วยเหลือจะจ่ายเป็นจำนวน ๓ เท่า ของค่าจ้างเต็มเดือน โดยจ่ายให้แก่ทายาทตามหนังสือแสดงเจตนา ระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือลูกจ้างประจำถึงแก่ความตาย แต่ถ้าผู้ตายมิได้แสดงเจตนาไว้ก็ให้จ่ายแก่บุคคลตามที่ระเบียบกำหนด

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ	
ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑. ทายาทหรือผู้มีสิทธิยื่นเรื่องขอรับบำเหน็จปกติและเงินช่วยเหลือพร้อมเอกสารต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ลูกจ้างประจำสังกัดครั้งสุดท้าย	ชื่อ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี
๒. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนจังหวัดตรวจสอบความถูกต้องและรวบรวมหลักฐาน เอกสารที่เกี่ยวข้องเสนอผู้มีอำนาจพิจารณา (ระยะเวลาประมาณ ๓-๕ วัน)	กองคลัง องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี
๓. นายกองการบริหารส่วนจังหวัดหรือผู้รับมอบอำนาจพิจารณาสั่งจ่ายเงินบำเหน็จปกติและเงินช่วยเหลือ (ระยะเวลาประมาณ ๑-๒ วัน)	องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี
๔. องค์การบริหารส่วนจังหวัดแจ้งและเบิกจ่ายเงินดังกล่าวให้แก่ทายาทหรือผู้มีสิทธิ (ระยะเวลาประมาณ ๒ วัน)	องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลาประมาณ ๑๕ วันทำการนับตั้งแต่การจัดส่งเอกสารหลักฐานครบถ้วน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบการ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้ขอรับบำเหน็จปกติ และเงินช่วยเหลือพิเศษ (กรณีลูกจ้างประจำขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรีถึงแก่กรรม)

- | | | | |
|--|-------|---|------|
| ๑. แบบคำขอรับบำเหน็จปกติ | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๒. สำเนาคำสั่งบรรจุ / แต่งตั้ง หรือหนังสือรับรองการบรรจุครั้งแรก | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๓. หนังสือรับรองการใช้จ่ายเงินคืนแก่หน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๔. แบบคำขอรับเงินช่วยเหลือพิเศษกรณีลูกจ้างประจำถึงแก่ความตาย | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๕. หนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือลูกจ้างประจำถึงแก่ความตาย | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๖. สำเนาใบมรณะบัตร สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต สำเนาทะเบียนสมรส/
สำเนาทะเบียนหย่าของคู่สมรส | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๗. สำเนาใบมรณะบัตรของทายาทที่เสียชีวิตแล้ว หรือหนังสือรับรองการตาย | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๘. สำเนาทะเบียนสมรสของบิดามารดาผู้เสียชีวิต หรือหนังสือรับรองว่าสมรส
ก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๙. หนังสือรับรองความเป็นบุคคลคนเดียวกัน หรือเอกสารแสดงการเปลี่ยนชื่อตัว – ชื่อสกุล
(ถ้ามี) กรณีชื่อตัว-ชื่อสกุลไม่ตรงตามเอกสารอ้างอิง | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๑๐. สำเนาทะเบียนการรับรองบุตร หรือบุตรบุญธรรม หรือสำเนาคำพิพากษาของศาลว่าเป็นบุตร | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๑๑. สำเนาทะเบียนบ้านของทายาททุกคน | จำนวน | ๑ | ฉบับ |

หมายเหตุ - กรณีเป็นสำเนา ให้รับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี.

ฝ่ายนิติการ..สำนักปลัดอบจ.

หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๓๕๕๒-๑๘๘๙

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

๑. แบบคำขอรับบำเหน็จปกติ
๒. หนังสือรับรองการให้เงินคืนแก่หน่วยการบริหารราชการท้องถิ่น
๓. แบบคำขอรับเงินช่วยเหลือกรณีลูกจ้างถึงแก่ความตาย
๔. หนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือลูกจ้างประจำถึงแก่ความตาย

แบบคำขอรับบำเหน็จปกติ บำเหน็จรายเดือน บำเหน็จพิเศษและหรือบำเหน็จพิเศษรายเดือนลูกจ้าง

ชื่อลูกจ้าง.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เริ่มเข้ารับราชการ (ทำงาน) เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....เริ่มเข้าทำงานอายุ.....ปี.....เดือน.....วัน ออกจากราชการ (งาน)

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ออกจากงานอายุ.....ปี.....เดือน.....วัน

รายละเอียดการทำงาน

ปีที่	วัน เดือน ปี	ตำแหน่ง	ค่าจ้าง	หมายเหตุ

เวลาราชการปกติ (เวลาทำงานปกติ).....เดือน.....วัน

เวลาราชการทวิคูณ (เวลาทำงานทวิคูณ)เดือน.....วัน

รวมเวลาราชการทั้งสิ้น (เวลาทำงาน)เดือน.....วัน

พิเศษแล้วเป็นเวลาราชการ (เวลาทำงาน).....เดือน

ค่าจ้างเดือนสุดท้าย.....บาท

คำนวณเป็นเงิน บำเหน็จปกติ บำเหน็จรายเดือน บำเหน็จพิเศษ บำเหน็จพิเศษรายเดือน

จำนวนบาท

ข้าพเจ้าขอรับเงิน บำเหน็จปกติ บำเหน็จรายเดือน บำเหน็จพิเศษ บำเหน็จพิเศษรายเดือน

จำนวนบาท

(ลงชื่อ)

ผู้ขอ

(.....)

ยื่นวันที่.....เดือน พ.ศ.....

ความเห็นนายกองค้การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

.....

.....

(ลงชื่อ)

(.....)

วันที่.....เดือน พ.ศ.....

แบบคำขอรับเงินช่วยเหลือกรณีลูกจ้างประจำถึงแก่ความตาย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ข้าพเจ้าผู้มีชื่อตามข้างท้ายคำขอรับเงินช่วยเหลือนี้ มีความประสงค์จะยื่นคำขอรับเงินช่วยเหลือ ต่อ (หัวหน้าฝ่ายบริหารของหน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น เจ้าสังกัดของผู้ตาย)

.....เนื่องจากความตายของ.....

ซึ่งได้ถึงแก่ความตายเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ปรากฏตามหลักฐานที่ระบุในข้อ ๓

โดยเป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือในฐานะ

- เป็นบุคคลที่ระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือ
- เป็นบุคคลตามข้อ ๔๐๙ ประกอบข้อ ๔๑๒ ของประกาศคณะกรรมการข้าราชการองค์การบริหาร ส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี เรื่องหลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคลขององค์การบริหาร ส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี ได้แก่ (คู่สมรส/บุตร บิดามารดา ฯลฯ) มีจำนวนทั้งสิ้น.....คน

(๑)อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

(๒)อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

(๓)อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

๒. ผู้ตาย.....เป็นลูกจ้างประจำตำแหน่ง.....สังกัด

หน่วยบริหารราชการส่วนท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด.....

เทศบาล.....

เมืองพัทยา.....

องค์การบริหารส่วนตำบล.....

จังหวัด.....

อัตราค่าจ้างครั้งสุดท้ายเดือนละ หรือวันละ หรือชั่วโมงละ.....บาท

รวมเป็นเงินที่ได้รับทั้งสิ้นเดือนละ.....บาท

คิดเป็นเงินช่วยเหลือ (๓ เท่า) ของอัตราค่าจ้าง.....บาท

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

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เนื่องจากสาเหตุอื่น และมีคำสั่งศาลว่าเป็นบุคคลสาบสูญตามคำสั่ง

ศาล.....หมายเลขคดี.....

ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๓. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารต่างๆ ดังต่อไปนี้มาด้วย เพื่อประกอบการพิจารณา
- หลักฐานที่แสดงว่าเป็นบุคคลผู้มีสิทธิตามข้อ ๔๐๙ ประกอบข้อ ๔๑๒ ของประกาศคณะกรรมการข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคลขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี ได้แก่.....
 - สำเนาพระบรมฉายาลักษณ์
 - สำเนาคำสั่งศาล
๔. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือพิเศษตามข้อ ๔๐๙ ประกอบข้อ ๔๑๒ ของประกาศคณะกรรมการข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคลขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี และถ้าปรากฏต่อไปว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ไม่มีสิทธิแต่อย่างใด ตามระเบียบฯ ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินช่วยเหลือที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนชดใช้ค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งสิ้นแก่ทางราชการ ภายใน ๓๐ วัน นับจากวันที่ทางราชการแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบตามที่อยู่ข้างต้นนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

- หมายเหตุ**
๑. กรณีผู้มีสิทธิตามข้อ ๔๐๙ ประกอบข้อ ๔๑๒ ของประกาศคณะกรรมการข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี เรื่องหลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคลขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี ในลำดับเดียวกันมีหลายคน
 - ๑.๑ ให้ระบุชื่อและที่อยู่ของทุกคนในข้อ ๑ โดยชัดเจน และต้องลงลายมือชื่อของบุคคลเหล่านั้น รวมกันมาในท้ายคำขอรับเงินช่วยเหลือด้วย
 - ๑.๒ หากมีการมอบฉันทะให้รับเงินช่วยเหลือ ให้ใช้แบบมอบฉันทะที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด
 ๒. ให้ส่วนราชการผู้เบิกตรวจสอบเอกสารต่าง ๆ ที่สามารถรับฟังได้ว่า เป็นบุคคลดังกล่าวในข้อ ๔๑๒ ของประกาศคณะกรรมการข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี เรื่องหลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคลขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี สำหรับลูกจ้างขององค์การบริหารส่วนจังหวัด เช่น สำเนาทะเบียนบ้าน หลักฐานการสมรสของคู่สมรสผู้ตายหลักฐานรับรองการอุปการะของผู้ที่เชื่อถือได้ เป็นต้น

หนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือกรณีลูกจ้างประจำถึงแก่ความตาย
องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....เป็นลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง
กอง.....สังกัด องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรีจังหวัด.....ได้รับค่าจ้าง
เดือนละ หรือวันละ หรือชั่วโมงละ.....บาท รวมเป็นเงินที่ได้รับทั้งสิ้นเดือนละ
.....บาท ขอแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือ โดยหนังสือฉบับนี้ว่าในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่
ความตายในระหว่างรับราชการ (ทำงาน) และทางราชการส่วนท้องถิ่นจะต้องจ่ายเงินช่วยเหลือให้ตามนัยประกาศ
คณะกรรมการข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการบริหารงาน
บุคคลขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินช่วยเหลือแก่.....ซึ่งมี
ภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต
.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

- หมายเหตุ ๑. ให้มอบหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือไว้ ณ ราชการส่วนท้องถิ่นที่ลูกจ้าง
ประจำทำงานอยู่
๒. ให้ระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือแต่เพียงรายเดียว หากจะเปลี่ยนแปลงตัวผู้รับเงินช่วยเหลือ
ในภายหลัง ให้ทำหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือฉบับใหม่แทนฉบับเดิม
และให้แนบฉบับเดิมไว้ด้วย
๓. การชูดลบ ตกเติม หรือการแก้ไขเปลี่ยนแปลงอย่างอื่นในหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับ
เงินช่วยเหลือ ให้ลงลายมือชื่อกำกับไว้
๔. ให้ราชการส่วนท้องถิ่นจัดทำสมุดเพื่อบันทึกการยื่นหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนา
ระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือไว้ทุกครั้ง

หนังสือรับรองการใช้เงินคืนของลูกจ้างประจำแก่หน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น
องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองไว้ต่อ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี ว่าการขอรับบำเหน็จปกติ บำเหน็จพิเศษ และเงินช่วยพิเศษในฐานะเป็นทายาทของผู้ตาย (ลูกจ้างประจำ) ชื่อ.....ชื่อสกุล..... ตำแหน่ง.....ซึ่งตายเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถูกต้องและครบถ้วนแล้ว และไม่มีทายาทผู้มีสิทธิเหลืออยู่อีก ถ้าต่อไปปรากฏว่ามีทายาทผู้มีสิทธิ โดยชอบด้วยกฎหมายของผู้ตายเกิดขึ้น เมื่อใด ข้าพเจ้ายินยอมขอใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งสิ้นคืนให้แก่หน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่นภายใน ๓๐ วัน นับจากวันที่ทางหน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่นแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้ให้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

ที่อยู่ของผู้ขอ.....

รหัสไปรษณีย์.....