

แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์แก่บุคลากร
ตามระเบียบคณะกรรมการสวัสดิการกรมกิจการเด็กและเยาวชน
ว่าด้วยการให้เงินสงเคราะห์แก่บุคลากร พ.ศ. 2560

เรียน ประธานคณะกรรมการสวัสดิการกรมกิจการเด็กและเยาวชน

1. คำขอรับเงินสงเคราะห์แก่บุคลากร

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
โทรศัพท์..... มือถือ.....

เป็น ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ ลูกจ้างชั่วคราว

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

กลุ่ม.....สังกัด.....

มีความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ตามระเบียบคณะกรรมการสวัสดิการกรมกิจการเด็กและเยาวชน ว่าด้วยการให้เงินสงเคราะห์แก่บุคลากร พ.ศ. 2560 จำนวนเงิน..... บาท (.....)
เนื่องจาก

- บุคลากรถึงแก่กรรม** เนื่องจากนาย/นาง/นางสาว.....สังกัด.....
ซึ่งเกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ..... ได้ถึงแก่กรรม เมื่อวันที่.....
- บุคคลในครอบครัวถึงแก่กรรม** เนื่องจาก (ชื่อคู่สมรส/บุพการี/บุตร).....
เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ..... ได้ถึงแก่กรรม เมื่อวันที่.....
- บุคลากรประสบภัย** เหตุ.....
เมื่อวันที่.....

พร้อมคำขอนี้ได้ยื่นเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

**กรณีบุคลากรหรือบุคคลในครอบครัวถึงแก่กรรม*

- บัตรประจำตัวประชาชน/ข้าราชการ สำเนาทะเบียนบ้าน ทะเบียนสมรส
 สูติบัตร ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล ใบมรณบัตร
 อื่นๆ (ระบุ).....

**กรณีบุคลากรประสบภัย*

- บัตรประจำตัวประชาชน/ข้าราชการ สำเนาทะเบียนบ้าน ภาพถ่าย
 อื่นๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นแบบคำขอ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

2. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

.....
.....

(ลงชื่อ).....ผู้บังคับบัญชา
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

3. การตรวจสอบ

ได้ตรวจสอบหลักฐานแล้ว เห็นควรให้ได้รับเงินช่วยเหลือสงเคราะห์ข้าราชการตามจำนวนที่ร้องขอ

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจสอบ
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

4. คำอนุมัติ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติ
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสงเคราะห์แก่บุคลากร จำนวน..... บาท (.....)

ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....ผู้จ่าย
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....