

กองทุนสวัสดิการภายในส่วนราชการ
แบบคำขอรับเงินกองทุนสวัสดิการ พก.

เขียนที่ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ วันที่...../...../.....
ชื่อ.....นามสกุล.....เลขที่สมาชิก.....
ตำแหน่ง.....กลุ่ม/หน่วย.....กอง.....
เบอร์โทรศัพท์.....
ด้วยข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินกองทุนสวัสดิการ พก. กรณี.....มาพร้อมนี้แล้ว
โดยได้แนบหลักฐาน.....
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือ ตามระเบียบกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ว่าด้วยการ
จัดสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๖๑ และถ้าปรากฏต่อไปว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้ไม่มีสิทธิแต่อย่างใดตามระเบียบดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินช่วยเหลือ
ที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิ ตลอดจนชดใช้ค่าเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งสิ้นแก่ทางราชการภายใน ๓๐ วัน นับจากวันที่ทางราชการแจ้งให้ข้าพเจ้า
ทราบตามที่อยู่ข้างต้นนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ/..... วันที่/...../.....
เรียน ประธานกรรมการสวัสดิการกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
ได้ตรวจสอบแล้ว ปรากฏว่าผู้ขอเป็นผู้มีสิทธิรับเงินจากกองทุนตามระเบียบกองทุนสวัสดิการ พก.

เกษียณอายุราชการ ให้จัดหาของที่ระลึก ในราคาไม่เกิน ๒,๐๐๐.- บาท เงินช่วยเหลือในกรณีที่มาชิกประสบภัยตามที่จ่ายจริง
แต่ไม่เกิน ๕,๐๐๐.- บาท

เจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน ในกรณีแต่งงาน ๑,๐๐๐.- บาท

ครั้งละ ๑,๐๐๐.- บาท ไม่เกินสามครั้งต่อปี ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการสวัสดิการ เห็นสมควร

ในกรณีสมาชิกหรือคู่สมรสตลอดบุตร ๑,๐๐๐.- บาท

ในกรณีเสียชีวิต ๓,๐๐๐.- บาท

และค่าพวงหรีดในนามกรม พก. รายละไม่เกิน ๑,๐๐๐.- บาท

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่
(.....)
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ความเห็น	
<input type="checkbox"/> เห็นควรอนุมัติ	<input type="checkbox"/> อนุมัติ
<input type="checkbox"/> ไม่ควรอนุมัติ	<input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ
ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(.....)	(.....)
เลขานุการกรม	อธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสวัสดิการ	ประธานกรรมการสวัสดิการ
กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ	กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....	วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ผู้รับเงินช่วยเหลือ

กรณีรับเงินช่วยเหลือ ๆ เป็นเงินสด

กรณีโอนเงินช่วยเหลือ ๆ เข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย บัญชีเลขที่.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

หมายเหตุ เฉพาะผู้ที่สมัครเป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ที่ชำระค่าธรรมเนียมจะได้รับสิทธิตามระเบียบกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ว่าด้วยการจัดสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๖๑

๑. ในกรณีที่ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ ลูกจ้างชั่วคราว และลูกจ้างอื่น ๆ ของกรม พ้นจากราชการเนื่องจากเกษียณอายุให้จัดหาของที่ระลึกให้ผู้นั้นก่อนเกษียณอายุราชการไม่เกินสามสิบวันในราคาไม่เกินสองพันบาทถ้วน
๒. ในกรณีที่สมาชิกเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน ให้จ่ายเงินช่วยเหลือได้ครั้งละหนึ่งพันบาทไม่เกินสามครั้งต่อปี โดยให้ยื่นคำขอภายในสามสิบวันนับจากวันสิ้นสุดเหตุดังกล่าว
๓. ในกรณีที่สมาชิกหรือคู่สมรสของสมาชิกคลอดบุตรให้จ่ายเงินช่วยเหลือได้ครั้งละหนึ่งพันบาท ทั้งนี้ ให้จ่ายไม่เกินสามครั้ง โดยให้ยื่นคำขอภายในหนึ่งร้อยยี่สิบวันนับจากวันที่คลอดบุตร
๔. ในกรณีที่สมาชิก คู่สมรส บุตร บิดา มารดา และบุตรบุญธรรม ของสมาชิกผู้ใดถึงแก่ความตายให้จ่ายเงินช่วยเหลือในการประกอบพิธีศพ เป็นเงินรายละเอียดสามพันบาท และค่าพวงหรีดในนามของกรมไปเคารพศพตามประเพณีของผู้นั้น เป็นเงินรายละเอียดไม่เกินหนึ่งพันบาท โดยให้ยื่นคำขอภายในสามสิบวันนับจากวันที่ถึงแก่ความตายดังกล่าว
๕. ในกรณีที่สมาชิกผู้ใดประสบอัคคีภัย ฆาตภัย อุทกภัย อุบัติภัย หรือภัยธรรมชาติอย่างอื่น จนเป็นเหตุให้เกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สินของผู้นั้นให้จ่ายเงินช่วยเหลือตามที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินครั้งละห้าพันบาท โดยให้ยื่นคำขอภายในสามสิบวันนับจากวันสิ้นสุดเหตุประสบภัยดังกล่าว
๖. ในกรณีที่สมาชิกแต่งงานตามประเพณีหรือจดทะเบียนสมรส ให้จ่ายเงินช่วยเหลือได้รายละเอียดหนึ่งพันบาท ในกรณีที่คู่แต่งงานตามประเพณีหรือจดทะเบียนสมรสแล้วแต่กรณีเป็นสมาชิกทั้งคู่ที่ได้รับเงินเป็นสวัสดิการคู่ละสองพันบาท ทั้งนี้ ให้จ่ายเพียงหนึ่งครั้ง โดยให้ยื่นคำขอภายในสามสิบวันนับจากวันแต่งงานตามประเพณีหรือจดทะเบียนสมรสดังกล่าว