

แบบหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือพิเศษกรณีพนักงานกระทรวงสาธารณสุขถึงแก่ความตาย

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

ข้าพเจ้า.....เป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป
ตำแหน่ง.....สังกัด.....
กรม.....กระทรวง.....
จังหวัด.....ได้รับค่าจ้างเดือนละ.....บาท
ขอแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือพิเศษโดยหนังสือฉบับนี้ว่า ในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่ความตายในระหว่างรับ
ราชการและทางราชการจะต้องจ่ายเงินช่วยเหลือให้ตาม ข้อ ๕ ของประกาศคณะกรรมการบริหารพนักงาน
กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิประโยชน์ของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป พ.ศ. ๒๕๕๖ ข้าพเจ้า
ประสงค์จะให้จ่ายเงินช่วยเหลือแก่.....ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงเจตนา
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

ได้บันทึกไว้ในระบบข้อมูลพนักงานกระทรวงสาธารณสุขแล้ว
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ทะเบียนประวัติ
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บันทึกการเปลี่ยนแปลง

ข้าพเจ้าขอยกเลิกหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือฉบับนี้ โดยได้แสดงเจตนาใหม่ตามหนังสือแสดงเจตนา ลงวันที่.....ซึ่งได้แสดงเจตนาให้.....เป็นผู้มีสิทธิรับเงินช่วยเหลือเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตายระหว่างรับราชการ

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงเจตนา

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ได้บันทึกไว้ในสมุด/แฟ้มประวัติแล้ว

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ทะเบียนประวัติ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

๑. ได้มอบหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือไว้ ณ ส่วนราชการที่ต้นสังกัด เมื่อมีการย้ายก็ให้ส่งหนังสือดังกล่าวตามไปด้วย และให้มีการบันทึกการแสดงเจตนาไว้ในระบบข้อมูลพนักงานกระทรวงสาธารณสุขด้วย

๒. ให้ระบุชื่อผู้รับเงินช่วยเหลือแต่เพียงรายเดียว หากจะเปลี่ยนแปลงตัวผู้รับเงินช่วยเหลือในภายหลังให้ทำหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือฉบับใหม่แทนฉบับเดิม ตามแบบที่ กพส.กำหนด และให้แนบฉบับเดิมไว้ด้วย พร้อมปรับปรุงการบันทึกไว้ในระบบข้อมูลพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

๓. การขูดลบ ตก เต็ม หรือการแก้ไขเปลี่ยนแปลงอย่างอื่นในหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือ ให้ลงลายมือชื่อกำกับไว้

แบบคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข
ทั่วไปตำแหน่ง.....สังกัด.....

กรม.....กระทรวง.....

จังหวัด.....มีความประสงค์ขอยกเลิกหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงิน

ช่วยพิเศษกรณีพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไปถึงแก่ความตายฉบับเดิมและขอแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงิน

ช่วยพิเศษกรณีพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไปถึงแก่ความตายใหม่ ดังนี้

๑. ชื่อ - นามสกุล.....ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.....

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงเจตนา

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)