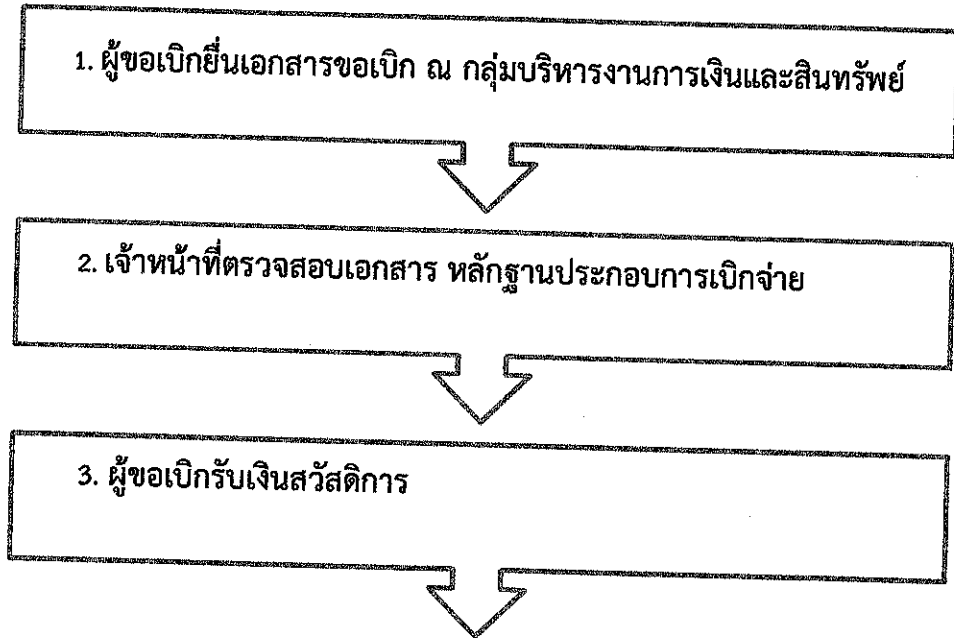


แผนผังขั้นตอนการขอเบิกเงินสวัสดิการสำหรับ ข้าราชการในสังกัด สพป.อบ.2/บ้านาญ



คำแนะนำประกอบการขอเบิกสวัสดิการ

- กรอกเอกสารและเซ็นรับรองให้ครบถ้วน และชัดเจน
- แนบหลักฐานประกอบการเบิกให้ครบ ตามแบบการขอเบิก เช่น **เบิกเงินสวัสดิการการศึกษาบุตร** เอกสารที่ต้องเตรียมคือ 1. บัตรประชาชนผู้ขอเบิก 2. หลักฐานการจ่ายค่าเล่าเรียนบุตร 3. ประกาศเรียกเก็บจากทางโรงเรียน หรือ มหาวิทยาลัย 4. ทะเบียนบ้านบุตร 5. บัตรประชาชนบุตร 6. ทะเบียนหย่า (กรณีหย่าร้าง) **เบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล** เอกสารที่ต้องเตรียมคือ 1. บัตรประชาชนผู้ขอเบิก 2. หลักฐานการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลจากโรงพยาบาล 3. ทะเบียนสมรส(กรณีเบิกให้คู่สมรส) 4. บัตรประชาชนคู่สมรส บิดา มารดา บุตร(กรณีเบิกให้คู่สมรส บิดา มารดา บุตร) 5. ทะเบียนบ้านบุตร (กรณีเบิกให้บุตร)


(นายเสียนไท คำล้าน)

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร
โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
สังกัด.....

2. คู่สมรสของข้าพเจ้าชื่อ.....
 ไม่เป็นข้าราชการประจำหรือลูกจ้างประจำ
 เป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด.....
 เป็นพนักงานหรือลูกจ้างใน รัฐวิสาหกิจ/หน่วยงานของทางราชการ ราชการส่วนท้องถิ่น
 กรุงเทพมหานคร องค์กรอิสระ องค์กรมมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด
 ตำแหน่ง.....สังกัด.....

3. ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและขอใช้สิทธิเนื่องจาก
 เป็นบิดาชอบด้วยกฎหมาย
 เป็นมารดา

4. ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินสำหรับการศึกษาของบุตร ดังนี้

(1) เงินบำรุงการศึกษา

(2) เงินค่าเล่าเรียน

1) บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ.....
 เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....
 (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่.....
 ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....
 สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 ชั้นที่ศึกษา.....(1)
 (2) จำนวน.....บาท

2) บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ.....
 เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....
 (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่.....
 ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....
 สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 ชั้นที่ศึกษา.....(1)
 (2) จำนวน.....บาท

3) บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ.....
 เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....
 (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่.....
 ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....
 สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 ชั้นที่ศึกษา.....(1)
 (2) จำนวน.....บาท

5. ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ เป็นเงิน.....บาท

(.....) ก

6. เสนอ.....

ข

- ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตรและข้อความที่ระบุข้างต้นเป็นความจริง
- บุตรของข้าพเจ้าอยู่ในข่ายได้รับการช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร
- เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร แต่เพียงฝ่ายเดียว
- คู่สมรสของข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือจากรัฐวิสาหกิจ หน่วยงานของทางราชการ ราชการท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร องค์การอิสระ องค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ต่ำกว่าจำนวนที่ได้รับจากทางราชการ จำนวน.....บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ามีสิทธิเบิกได้ตามกฎหมาย ตามจำนวนที่ขอเบิก

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

7. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

8. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร จำนวน.....บาท

(.....) ว่างถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำชี้แจง

ก

ให้ระบุงการมีสิทธิเพียงใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

ข

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

หมวดรายจ่าย

ใบสำคัญที่.....

ฎีกาที่.....

ประเภท () เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

() เงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้จ่ายเงินค่า () เงินบำรุงการศึกษา () ค่ารักษาพยาบาล
จำนวนทั้งสิ้น.....บาท ข้าพเจ้าขอรับเงินค่า () บำรุงการศึกษา
() ค่ารักษาพยาบาล จำนวนที่ได้รับ () เต็มจำนวน () ไม่เต็มจำนวน
() เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ เป็นเงิน.....บาท(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่าย

(.....)

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง () พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า ตำแหน่ง
สังกัด

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

- ตนเอง
- คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค.....

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่

..... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น บาท
(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

- ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น
- เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน บาท (.....) และ

- (1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

- (2)ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

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

5. คำอนุมัติ

คำอนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....
(.....)
ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจำนวน..... บาท
(.....) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้จ่ายเงิน
(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

บัญชีธนาคาร ออมสิน ไทยพาณิชย์

เลขที่บัญชี..... เบอร์โทรติดต่อ

คำชี้แจง

- ให้แนบบนสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

ประเภท() เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร
() เงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้จ่ายเงินค่า () เงินบำรุงการศึกษา () ค่ารักษาพยาบาล
จำนวนทั้งสิ้น.....บาท ข้าพเจ้าขอรับเงินค่า () บำรุงการศึกษา
() ค่ารักษาพยาบาล จำนวนที่ได้รับ () เต็มจำนวน () ไม่เต็มจำนวน
() เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ เป็นเงิน.....บาท(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่าย
(.....)