

**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**

เห็นควรอนุมัติ  
 ไม่ควรอนุมัติ

ลงชื่อ.....  
 (.....)  
 เลขานุการกรม  
 กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสวัสดิการ  
 กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ  
 วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

อนุมัติ  
 ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....  
 (.....)  
 อธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ  
 ประธานกรรมการสวัสดิการ  
 กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ  
 วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

**ผู้รับเงินช่วยเหลือ**

กรณีรับเงินช่วยเหลือ ๆ เป็นเงินสด  
 กรณีโอนเงินช่วยเหลือ ๆ เข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย บัญชีเลขที่.....

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

**หมายเหตุ** เฉพาะผู้ที่สมัครเป็นสมาชิกสวัสดิการภายในส่วนราชการ พก. ที่สนับสนุนบำรุงสวัสดิการฯ จะได้รับสิทธิ ตามระเบียบกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ว่าด้วยการจัดสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๖๑

๑. ในกรณีที่ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ ลูกจ้างชั่วคราว และลูกจ้างอื่น ๆ ของกรมพ้นจากราชการเนื่องจาก เกษียณอายุให้จัดหาของที่ระลึกให้ผู้นั้นก่อนเกษียณอายุราชการไม่เกินสามสิบวันในราคาไม่เกินสองพันบาท
๒. ในกรณีที่สมาชิกเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน ให้จ่ายเงินช่วยเหลือได้ครั้งละหนึ่งพันบาท ไม่เกินสามครั้งต่อปี โดยให้ยื่นคำขอภายในสามสิบวันนับจากวันสิ้นสุดเหตุดังกล่าว
๓. ในกรณีที่สมาชิกหรือคู่สมรสของสมาชิกคลอดบุตรให้จ่ายเงินช่วยเหลือได้ครั้งละหนึ่งพันบาท ทั้งนี้ ให้จ่ายไม่เกินสามครั้ง โดยให้ยื่นคำขอภายในสามสิบวันนับจากวันครบกำหนดวันลาดังกล่าว
๔. ในกรณีที่สมาชิก คู่สมรส บุตร บิดา มารดา และบุตรบุญธรรม ของสมาชิกผู้ใดถึงแก่ความตายให้จ่ายเงินช่วยเหลือในการ ประกอบพิธีศพ เป็นเงินรายละสามพันบาท และค่าพวงหรีดในนามของกรม ไปเคารพศพตามประเพณีของผู้นั้น เป็นเงินรายละไม่เกินหนึ่งพันบาท โดยให้ยื่นคำขอภายในสามสิบวันนับจากวันที่ถึงแก่ความตายดังกล่าว
๕. ในกรณีที่สมาชิกผู้ใดประสบอัคคีภัย ฆาตภัย หรือภัยอย่างอื่น จนเป็นเหตุให้เกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สิน ของผู้นั้นให้จ่ายเงินช่วยเหลือตามที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินครั้งละห้าพันบาท โดยให้ยื่นคำขอภายในสามสิบวันนับจากวันสิ้นสุด ประสพภัยดังกล่าว
๖. ในกรณีที่สมาชิกแต่งงานตามประเพณีหรือจดทะเบียนสมรส ให้จ่ายเงินช่วยเหลือได้รายละหนึ่งพันบาท ในกรณีที่คู่แต่งงาน ตามประเพณีหรือจดทะเบียนสมรสแล้วแต่กรณีเป็นสมาชิกทั้งคู่ให้ได้รับเงินเป็นสวัสดิการคู่ละสองพันบาท ทั้งนี้ ให้จ่ายเพียงหนึ่งครั้ง โดยให้ยื่นคำขอภายในสามสิบวันนับจากวันแต่งงานตามประเพณีหรือจดทะเบียนสมรสดังกล่าว