แบบฟอร์มคำขอเงินทดแทนข้าราชการเนื่องจากการเสียชีวิต

.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ก) ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....

เป็นผู้รับผลประโยชน์ตามระเบียบฯ ข้อ 5 ในฐานะ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินทดแทนข้าราชการเนื่องจากการเสียชีวิตของ.....

ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่ง.....หน่วยงานที่สังกัด.....

ได้ถึงแก่กรรม เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... สถานที่ตาย.....

.....สาเหตุการตาย.....

ข้าพเจ้ามีความสัมพันธ์กับผู้ตายโดยเป็น.....

และได้แนบหลักฐานประกอบการขออนุมัติเงินทดแทนข้าราชการเนื่องจากการเสียชีวิต ดังนี้

- ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ชุด
- ☐ สำเนาใบมรณบัตร 1 ชุด
- ☐ สำเนาทะเบียนสมรส 1 ชุด
- ☐ หนังสือมอบอำนาจ 1 ชุด (กรณีที่มีผู้รับผลประโยชน์หลายคน และยื่นคำขอเพียงคนเดียว)
- ☐ หลักฐานอื่นๆ ได้แก่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งสิ้นที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นนี้เป็นความสัตย์จริงทุกประการ

ลงนาม.....

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ

(ข) คำรับรองของผู้บังคับบัญชา หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง (ระดับกอง/คณะ/สำนัก/สถาบัน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้ตายมีสภาพเป็น ☐ ข้าราชการ ☐ พนักงานมหาวิทยาลัย ☐ ลูกจ้างงบคลัง ☐ พนักงานเงินรายได้ ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์อยู่จนถึงวันที่เสียชีวิต โดยเริ่มรับราชการที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ตำแหน่ง.....หน่วยงานที่สังกัด.....

และในระหว่างรับราชการ

☐ ไม่เคยได้รับโทษทางวินัยใดๆ ทั้งสิ้น

☐ เคยได้รับโทษทางวินัย (โปรดระบุ และแนบคำสั่งลงโทษด้วย)

จึง.....(โปรดระบุว่าเข้าข่าย หรือไม่เข้าข่าย ที่จะได้รับเงินทดแทน เนื่องจากการเสียชีวิตตามระเบียบฯ นี้)

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ค) เสนอ รองอธิการบดีฝ่ายบริหารทรัพยากรมนุษย์/อธิการบดี ผ่านผู้อำนวยการกองคลัง

.....

.....

.....

.....

(ง) ความเห็นของผู้อำนวยการกองคลัง

.....

.....

.....

.....

(จ) คำสั่งของรองอธิการบดีฝ่ายบริหารทรัพยากรมนุษย์/อธิการบดี

.....

.....

.....

.....

แบบฟอร์มคำขอเงินทดแทนข้าราชการเนื่องจากการได้รับอันตรายแก่ร่างกาย

.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ก) ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....

เป็นผู้รับผลประโยชน์ตามระเบียบฯ ข้อ 5 ในฐานะ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินทดแทนเนื่องจากการได้รับอันตรายแก่ร่างกายของ.....

ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่ง.....หน่วยงานที่สังกัด.....

ได้รับอันตรายเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....สถานที่ได้รับอันตราย.....

สาเหตุการได้รับอันตราย.....

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบการขออนุมัติเงินทดแทนข้าราชการเนื่องจากการได้รับอันตรายมาด้วยคือ

- ☐ สำเนาใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล 1 ชุด
- ☐ สำเนาใบรับรองแพทย์ 1 ชุด
- ☐ สำเนาทะเบียนสมรส 1 ชุด
- ☐ หนังสือรับรองการประสบอันตรายแก่ร่างกายจากหน่วยงานต้นสังกัด
- ☐ หลักฐานอื่นๆ ได้แก่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งสิ้นที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นนี้เป็นความสัตย์จริงทุกประการ

ลงนาม.....

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ

(ข) คำรับรองของผู้บังคับบัญชา หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง (ระดับกอง/คณะ/สำนัก/สถาบัน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้ได้รับอันตรายมีสภาพเป็น ☐ ข้าราชการ ☐ พนักงานมหาวิทยาลัย ☐ ลูกจ้างงบคลัง ☐ พนักงานเงินรายได้ ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์โดยเริ่มรับราชการที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ตำแหน่ง.....
หน่วยงานที่สังกัด.....
และในการได้รับอันตรายแก่ร่างกายหรือจิตใจมิได้เกิดจากการกระทำที่ผิดกฎหมาย หรือการกระทำอันใดที่จะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียต่อมหาวิทยาลัย จึง.....(โปรดระบุว่าเข้าข่ายหรือไม่เข้าข่ายที่จะได้รับเงินทดแทนเนื่องจากการได้รับอันตรายแก่ร่างกายตามระเบียบฯ นี้)

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

(ค) เสนอ รองอธิการบดีฝ่ายบริหารทรัพยากรมนุษย์/อธิการบดี ผ่านผู้อำนวยการกองคลัง

.....
.....
.....
.....

(ง) ความเห็นของผู้อำนวยการกองคลัง

.....
.....
.....
.....

(จ) คำสั่งของรองอธิการบดีฝ่ายบริหารทรัพยากรมนุษย์/อธิการบดี

.....
.....
.....
.....