

แบบหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือกรณีพนักงานกระทรวงสาธารณสุขถึงแก่ความตาย

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า เป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป

ตำแหน่ง สังกัด

กรม กระทรวง.....

จังหวัด ได้รับค่าจ้างเดือนละ.....บาท

ขอแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือโดยหนังสือฉบับนี้ว่า ในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่ความตายในระหว่างรับราชการและทางราชการจะต้องจ่ายเงินช่วยเหลือให้ตาม ข้อ ๕ ของประกาศคณะกรรมการบริหารพนักงานกระทรวงสาธารณสุข เรื่องสิทธิประโยชน์ของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป พ.ศ. ๒๕๕๖ ข้าพเจ้าประสงค์จะให้จ่ายเงินช่วยเหลือแก่ ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่.....

ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงเจตนา

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

ได้บันทึกไว้ในระบบข้อมูลพนักงานกระทรวงสาธารณสุขแล้ว

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ทะเบียนประวัติ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บันทึกการเปลี่ยนแปลง

ข้าพเจ้าขอยกเลิกหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือฉบับนี้ โดยได้แสดงเจตนาใหม่ ตามหนังสือแสดงเจตนา ลงวันที่.....ซึ่งได้แสดงเจตนาให้.....เป็นผู้มีสิทธิรับเงินช่วยเหลือเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตายระหว่าง
รับราชการ

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

ได้บันทึกไว้ในสมุด/แฟ้มประวัติแล้ว

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

หมายเหตุ

๑. ให้มอบหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือไว้ ณ ส่วนราชการที่ตนสังกัด เมื่อมีการย้ายก็ให้ส่งหนังสือดังกล่าวตามไปด้วย และให้มีการบันทึกการแสดงเจตนาไว้ในระบบข้อมูลพนักงานกระทรวงสาธารณสุขด้วย
๒. ให้ระบุชื่อผู้รับเงินช่วยเหลือแต่เพียงรายเดียว หากจะเปลี่ยนแปลงตัวผู้รับเงินช่วยเหลือในภายหลังให้ทำหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือฉบับใหม่แทนฉบับเดิม ตามแบบที่ กพส. กำหนด และให้แนบฉบับเดิมไว้ด้วย พร้อมปรับปรุงการบันทึกไว้ในระบบข้อมูลพนักงานกระทรวงสาธารณสุข
๓. การขาดตก เติม หรือการแก้ไขเปลี่ยนแปลงอย่างอื่นในหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือ ให้ลงลายมือชื่อกำกับไว้