

**คู่มือสำหรับประชาชน**  
**(องค์การบริหารส่วนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา)**

งานที่ให้บริการ	การขอรับบำเหน็จปกติและเงินช่วยเหลือ (กรณีลูกจ้างประจำขององค์การบริหารส่วนจังหวัดถึงแก่กรรม)
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กองการเจ้าหน้าที่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

**ขอบเขตการให้บริการ**

สถานที่ ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
กองการเจ้าหน้าที่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ในเวลาราชการ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐-๑๒.๐๐ และ ๑๓.๐๐-๑๖.๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

**หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ**

สิทธิประโยชน์เกี่ยวกับบำเหน็จปกติ กรณีของลูกจ้างประจำที่ได้ทำงานเป็นลูกจ้างไม่น้อยกว่า ๑ ปีบริบูรณ์ ถึงแก่ความตาย ถ้าความตายนั้นมิได้เกิดขึ้นเนื่องจากความประพฤติชั่วอย่างร้ายแรงของตนเอง ให้จ่ายเงินบำเหน็จปกติให้แก่ทายาทผู้มีสิทธิได้รับมรดกตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามข้อ ๘ ของระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยบำเหน็จลูกจ้างของหน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติมสำหรับเงินช่วยเหลือพิเศษจะจ่ายเป็นจำนวน ๓ เท่าของค่าจ้างเต็มเดือน โดยจ่ายให้แก่ทายาทตามหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือลูกจ้างประจำถึงแก่ความตาย แต่ถ้าผู้ตายมิได้แสดงเจตนาไว้ก็ให้จ่ายแก่บุคคลตามที่ระเบียบกำหนด

**ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ**

ขั้นตอน	ระยะเวลา	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑. ทายาทหรือผู้มีสิทธิยื่นเรื่องขอรับบำเหน็จปกติและเงินช่วยเหลือพร้อมเอกสารต่อ องค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ลูกจ้างประจำสังกัดครั้งสุดท้าย	๑ ชั่วโมง	กองการเจ้าหน้าที่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด พระนครศรีอยุธยา
๒. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนจังหวัดตรวจสอบความถูกต้อง และรวบรวมหลักฐานและเอกสารที่เกี่ยวข้อง เสนอผู้มีอำนาจพิจารณา	๕ วัน	กองการเจ้าหน้าที่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด พระนครศรีอยุธยา
๓. นายกองการการบริหารส่วนจังหวัดหรือผู้รับมอบอำนาจพิจารณาสั่งจ่ายเงินบำเหน็จปกติ และเงินช่วยเหลือ	๒ วัน	กองการเจ้าหน้าที่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด พระนครศรีอยุธยา
๔. องค์การบริหารส่วนจังหวัดแจ้ง และเบิกจ่ายเงินดังกล่าว ให้แก่ทายาทหรือผู้มีสิทธิ	๒ วัน	กองคลัง องค์การบริหารส่วนจังหวัด พระนครศรีอยุธยา

**ระยะเวลา**

ใช้ระยะเวลาประมาณ ๑๕ วันทำการ นับตั้งแต่การจัดส่งเอกสารหลักฐานครบถ้วน  
(หากระยะเวลาเกินกว่ากำหนดหรือล่าช้า อาจเกิดจากปัญหาอื่นที่เกี่ยวข้องเช่น งบประมาณที่ตั้งจ่ายไว้เพียงพอ เนื่องจากเกิดมีรายจ่ายที่ไม่ได้ประมาณการไว้เกิดขึ้นระหว่างปี ต้องทำการโอนงบประมาณจากรายการอื่นมาเพิ่มเติม)

**รายการเอกสารหลักฐานประกอบ**

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้ขอรับบำเหน็จปกติและเงินช่วยเหลือ (กรณีลูกจ้างประจำขององค์การบริหารส่วนจังหวัดถึงแก่กรรมของลูกจ้างประจำ)

- |  |              |
|--|--------------|
| ๑. แบบคำขอรับบำเหน็จปกติ   | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. สำเนาคำสั่งบรรจุ/แต่งตั้ง หรือหนังสือรับรองการบรรจุครั้งแรก   | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. หนังสือรับรองการใช้จ่ายเงินคืนแก่หน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น   | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. แบบคำขอรับเงินช่วยเหลือพิเศษกรณีลูกจ้างประจำถึงแก่ความตาย   | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๕. หนังสือแสดงเจตนาาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือลูกจ้างประจำถึงแก่ความตาย  | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๖. สำเนาใบมรณบัตร สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต สำเนาทะเบียนสมรส/<br>สำเนาทะเบียนหย่าของคู่สมรส                                      | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๗. สำเนาใบมรณบัตรของทายาทที่เสียชีวิตแล้ว หรือหนังสือรับรองการตาย  | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๘. สำเนาทะเบียนสมรสของบิดามารดาผู้เสียชีวิต หรือหนังสือรับรองว่าสมรส   | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๙. หนังสือรับรองความเป็นบุคคลคนเดียวกัน หรือเอกสารแสดงการเปลี่ยนชื่อตัว - ชื่อสกุล (ถ้ามี) กรณีชื่อตัว-ชื่อสกุล ไม่ตรงตามเอกสารอ้างอิง | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๑๐. สำเนาทะเบียนการรับรองบุตร หรือบุตรบุญธรรม หรือสำเนาคำพิพากษาของศาลว่าเป็นบุตร  | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๑๑. สำเนาทะเบียนบ้านของทายาททุกคน  | จำนวน ๑ ฉบับ |

หมายเหตุ - กรณีเป็นสำเนา ให้รับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ

**ค่าธรรมเนียม**

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

**การรับเรื่องร้องเรียน**

ถ้าการบริการไม่เป็นธรรม สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ศูนย์ดำรงธรรมองค์การบริหารส่วนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๓๕๗๙-๖๔๔๕

**ตัวอย่างแบบฟอร์ม**

๑. แบบคำขอรับเงินบำเหน็จปกติ
๒. หนังสือรับรองการใช้จ่ายเงินคืนแก่หน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น
๓. แบบคำขอรับเงินช่วยเหลือพิเศษกรณีลูกจ้างประจำถึงแก่ความตาย
๔. หนังสือแสดงเจตนาาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือลูกจ้างประจำถึงแก่ความตาย

แบบคำขอรับบำเหน็จปกติ บำเหน็จรายเดือน บำเหน็จพิเศษและหรือบำเหน็จพิเศษรายเดือนลูกจ้าง  
 ชื่อลูกจ้างประจำ ..... เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
 เริ่มเข้ารับราชการ (ทำงาน) เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
 ตำแหน่ง ..... สังกัด .....  
 เริ่มเข้าทำงานอายุ ..... ปี ..... เดือน ..... วัน ออกจากราชการ (งาน) เมื่อวันที่ .. เดือน ..... พ.ศ. ....  
 ออกจากงานอายุ ..... ปี ..... เดือน ..... วัน

รายละเอียดการทำงาน

ปีที่	วัน เดือน ปี	ตำแหน่ง	ค่าจ้าง	หมายเหตุ

/เวลาราชการ...

เวลาราชการปกติ (เวลาทำงานปกติ) ..... เดือน ..... วัน  
เวลาราชการทวิคูณ (เวลาทำงานทวิคูณ) ..... เดือน ..... วัน  
รวมเวลาราชการทั้งสิ้น (เวลาทำงาน) ..... เดือน ..... วัน  
พิเศษแล้วเป็นเวลาราชการ (เวลาทำงาน) ..... เดือน  
ค่าจ้างเดือนสุดท้าย จำนวน ..... บาท  
คำนวณเป็นเงินบำเหน็จรายเดือน .....  
บำเหน็จปกติเท่ากับ ..... บาท

(ลงชื่อ)

ผู้ขอรับเงินบำเหน็จรายเดือน

( ..... )

ยื่นขอวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ความเห็นนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

(ลงชื่อ)

(.....)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....



## หนังสือรับรองการใช้เงินคืนแก่ทางราชการ

บ.ท.๖

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

ข้าพเจ้าขอรับรองไว้ต่อ..... ว่า การขอรับเงินบำเหน็จตกทอดและเงินช่วยเหลือในฐานะเป็นทายาทของผู้ตายชื่อ..... ชื่อสกุล.....ซึ่งตายเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถูกต้องและครบถ้วนแล้วและไม่มีทายาทผู้มีสิทธิเหลืออยู่อีก ถ้าต่อไปปรากฏว่ามีทายาทผู้มีสิทธิโดยชอบด้วยกฎหมายของผู้ตายขึ้นเมื่อใดข้าพเจ้ายินยอมขดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งสิ้นคืนให้แก่ทางราชการส่วนท้องถิ่นภายใน ๓๐ วันนับจากที่ทางราชการส่วนท้องถิ่น แจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้ให้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ

.....

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ

.....

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ

.....

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ

.....

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ

.....

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ

.....

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ

.....

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ

.....

(ลงชื่อ).....พยาน

.....

(ลงชื่อ).....พยาน

.....

ที่อยู่ของผู้ขอ.....

.....

.....

.....รหัสไปรษณีย์.....

## แบบคำขอรับเงินช่วยเหลือกรณีลูกจ้างประจำถึงแก่ความตาย

เขียนที่ .....

วันที่ .....

1. ข้าพเจ้าผู้มีชื่อตามข้างท้ายคำขอรับเงินช่วยเหลือนี้ มีความประสงค์จะยื่นคำขอรับเงินช่วยเหลือต่อ (หัวหน้าส่วน ราชการเจ้าสังกัดของผู้ตาย).....

เนื่องจากความตายของ .....ซึ่งได้ถึงแก่ความตาย

เมื่อ ..... ปรากฏตามหลักฐานที่ระบุในข้อ 3 โดยเป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือในฐานะ

เป็นบุคคลที่ระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือ

เป็นบุคคลตามข้อ 412 วรรคสอง ตามประกาศคณะกรรมการข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด

จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคลขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ได้แก่ (คู่สมรส/บุตร ฯลฯ).....

(1) ..... อยู่บ้านเลขที่ ..... ถนน.....

ตำบล/แขวง .....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์ .....

(2) ..... อยู่บ้านเลขที่ ..... ถนน.....

ตำบล/แขวง .....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์ .....

(3) ..... อยู่บ้านเลขที่ ..... ถนน.....

ตำบล/แขวง .....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์ .....

(4) ..... อยู่บ้านเลขที่ ..... ถนน.....

ตำบล/แขวง .....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์ .....

2. ผู้ตาย .....เป็นลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง .....

สังกัดกอง .....องค์การบริหารส่วนจังหวัด.....

จังหวัด .....อัตราเงินเดือนครั้งสุดท้าย เดือนละ หรือวันละ หรือชั่วโมงละ .....บาท

และได้รับเงินเพิ่มประเภท.....เดือนละ ..... บาท

รวมเป็นเงินที่ได้รับทั้งสิ้น เดือนละ ..... บาท

คิดเป็นเงินช่วยเหลือ (3 เท่า).....บาท ของอัตราค่าจ้าง (.....) บาท

- ได้ถึงแก่ความตาย  โดยเหตุปกติ เนื่องจาก (เจ็บป่วย ฯลฯ) .....
- เมื่อวันที่ .....
- เนื่องจากสาบสูญ และมีคำสั่งของศาลว่าเป็นบุคคลสาบสูญ ตาม  
คำสั่งศาล ..... หมายเลขคดี.....  
ลงวันที่ .....

3. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารต่าง ๆ ดังต่อไปนี้มาด้วย เพื่อประกอบการพิจารณา

- หลักฐานที่แสดงว่าเป็นบุคคลผู้มีสิทธิตามข้อ 412 วรรคสอง ได้แก่.....
- สำเนาภรรยาบัตรซึ่งรับรองถูกต้อง
- สำเนาคำสั่งของรัฐมนตรีเจ้าสังกัด
- สำเนาคำสั่งของศาล

4. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือ ตาม ข้อ 412 วรรคสอง ตามประกาศคณะกรรมการข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด และถ้าปรากฏต่อไปว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ไม่มีสิทธิแต่อย่างใด ตามระเบียบ ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินช่วยเหลือที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนชดใช้ค่าเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งสิ้นแก่ทางราชการ ภายใน 30 วัน นับจากวันที่ทางราชการแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบตามที่อยู่ข้างต้นนี้

ลงชื่อ ..... ผู้ยื่นคำขอ  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ยื่นคำขอ  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ยื่นคำขอ  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ยื่นคำขอ  
(.....)

- หมายเหตุ** 1. กรณีผู้มีสิทธิตามข้อ 412 วรรคสอง ตามประกาศคณะกรรมการข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ในลำดับเดียวกันมีหลายคน
- 1.1 ให้ระบุชื่อและที่อยู่ทุกคนในข้อ 1 โดยชัดเจนและต้องลงลายมือชื่อของบุคคลเหล่านั้น รวมกันมาในท้ายคำขอรับเงินช่วยเหลือด้วย
- 1.2 หากมีการมอบฉันทะให้รับเงินช่วยเหลือ ให้ใช้แบบมอบฉันทะที่กระทรวงการมหาดไทยกำหนด
2. ให้ส่วนราชการผู้เบิกตรวจสอบเอกสารต่างๆ ที่สามารถรับฟังได้ว่า เป็นบุคคลดังกล่าวใน ข้อ 142 วรรคสอง เช่น สำเนาทะเบียนบ้าน หลักฐานการสมรสของคู่สมรสผู้ตาย หลักฐาน รับรองการอุปการะของผู้ที่เชื่อถือได้ เป็นต้น

## เอกสารที่ต้องแนบ

### ผู้ตาย

- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาใบมรณะบัตร

### คู่สมรส

- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาทะเบียนสมรส

### บุตร

- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาสูติบัตร
- เอกสารแสดงการเปลี่ยนชื่อ (ถ้ามี)

### บิดา – มารดา

- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- กรณีเสียชีวิตแล้ว
- สำเนาใบมรณะบัตร

\*\*\*รับรองสำเนาทุกฉบับ\*\*\*



หนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือพิเศษกรณีลูกจ้างประจำถึงแก่ความตาย  
(องค์การบริหารส่วนจังหวัด/เทศบาล/เมืองพัทยา/องค์การบริหารส่วนตำบล.....)

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....เป็นลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....  
สังกัด (องค์การบริหารส่วนจังหวัด/เทศบาล/เมืองพัทยา/องค์การบริหารส่วนตำบล).....  
จังหวัด.....ได้รับค่าจ้างเดือนละ.....บาท ขอแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับ  
เงินช่วยเหลือ โดยหนังสือฉบับนี้ว่าในกรณีที่ข้าพเจ้า ถึงแก่ความตายในระหว่างรับราชการ (ทำงาน)  
และทางราชการส่วนท้องถิ่นจะต้องจ่ายเงินช่วยเหลือให้ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ้างลูกจ้าง  
ของหน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๓๖ ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินช่วยเหลือ  
แก่.....ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่.....  
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

(ลงชื่อลูกจ้าง).....ผู้แสดงเจตนา  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)