

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

งานที่ให้บริการ	การขอรับบำเหน็จพิเศษ (กรณีลูกจ้างประจำขององค์การบริหารส่วนจังหวัดถึงแก่กรรมอันเนื่องจากการปฏิบัติงานในหน้าที่)
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**

สิทธิประโยชน์เกี่ยวกับบำเหน็จพิเศษ กรณีลูกจ้างประจำที่ได้รับอันตรายหรือป่วยเจ็บ เพราะเหตุปฏิบัติงานในหน้าที่ หรือถูกประทุษร้ายเพราะเหตุกระทำหน้าที่ถึงแก่ความตายก่อนได้รับบำเหน็จพิเศษให้จ่ายบำเหน็จพิเศษให้แก่ทายาทผู้มีสิทธิรับมรดกตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์โดยอนุโลม

หมายเหตุ - กรณีทายาทลูกจ้างประจำผู้มีสิทธิได้รับทั้งบำเหน็จพิเศษตามระเบียบนี้ เงินสงเคราะห์ ผู้ประสบภัยตามกฎหมายว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ประสบภัยเนื่องจากการช่วยเหลือราชการการปฏิบัติงานของชาติ หรือการปฏิบัติหน้าที่ มนุษยธรรม เงินค่าทดแทนตามระเบียบว่าด้วยการจ่ายเงินค่าทดแทนและการพิจารณาบำเหน็จความชอบในการปราบปรามผู้ก่อการร้ายคอมมิวนิสต์ หรือเงินอื่นใดลักษณะเดียวกันจากทางราชการหรือจากหน่วยงานอื่นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสั่งให้ไปปฏิบัติงานให้เลือกรับได้เพียงอย่างใดอย่างหนึ่งแล้วแต่จะเลือก

**ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ**

ขั้นตอน	ระยะเวลา	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑. ทายาท หรือผู้มีสิทธิยื่นเรื่องขอรับบำเหน็จพิเศษ พร้อมเอกสารที่เกี่ยวข้องต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่สังกัดครั้งสุดท้าย	๑ ชั่วโมง	กองการเจ้าหน้าที่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด พระนครศรีอยุธยา
๒. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนจังหวัดตรวจสอบความถูกต้อง และรวบรวมหลักฐานและเอกสารที่เกี่ยวข้อง เสนอผู้มีอำนาจพิจารณา	๕ วัน	กองการเจ้าหน้าที่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด พระนครศรีอยุธยา
๓. นายกองการการบริหารส่วนจังหวัดหรือผู้รับมอบอำนาจพิจารณาสั่งจ่ายเงินบำเหน็จพิเศษ	๒ วัน	กองการเจ้าหน้าที่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด พระนครศรีอยุธยา
๔. องค์การบริหารส่วนจังหวัดแจ้ง และเบิกจ่ายเงินดังกล่าว ให้แก่ทายาทผู้มีสิทธิ	๒ วัน	กองคลัง องค์การบริหารส่วนจังหวัด พระนครศรีอยุธยา

**ระยะเวลา**

ใช้ระยะเวลาประมาณ ๑๕ วันทำการ นับตั้งแต่การจัดส่งเอกสารหลักฐานครบถ้วน

(หากระยะเวลาเกินกว่ากำหนดหรือล่าช้า อาจเกิดจากปัญหาอื่นที่เกี่ยวข้องเช่น งบประมาณที่ตั้งจ่ายไว้เพียงพอ เนื่องจากเกิดมีรายจ่ายที่ไม่ได้ประมาณการไว้เกิดขึ้นระหว่างปี ต้องทำการโอนงบประมาณจากรายการอื่นมาเพิ่มเติม)

**รายการเอกสารหลักฐานประกอบ**

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้ขอรับบำเหน็จพิเศษ (กรณีลูกจ้างประจำขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ถึงแก่กรรม อันเนื่องจากการปฏิบัติงานในหน้าที่)

- ๑. แบบคำขอรับบำเหน็จพิเศษ จำนวน ๑ ฉบับ
- ๒. สำเนาคำสั่งบรรจุ/แต่งตั้ง หรือหนังสือรับรองการบรรจุครั้งแรก จำนวน ๑ ฉบับ
- ๓. หนังสือรับรองการใช้เงินคืนแก่หน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น จำนวน ๑ ฉบับ
- ๔. สำเนาคำสั่งของผู้บังคับบัญชาหรือหลักฐานเกี่ยวกับการไปปฏิบัติราชการ จำนวน ๑ ฉบับ
- ๕. รายงานหรือรายละเอียดการปฏิบัติงานในหน้าที่จนเป็นเหตุให้ถูกประทุษร้ายหรือได้รับอันตราย จำนวน ๑ ฉบับ
- ๖. รายงานของผู้ร่วมงานหรือผู้รู้เห็นเหตุการณ์ใกล้ชิด (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ
- ๗. รายงานการสอบสวนของเจ้าหน้าที่ตำรวจในกรณีที่ถูกประทุษร้าย หรือได้รับอันตรายนั้น จำนวน ๑ ฉบับ  
เกิดจากการกระทำผิดอาญาของผู้หนึ่งผู้ใด หรือสำเนาคำพิพากษาคดีนั้น
- ๘. หลักฐานการสอบสวนพร้อมทั้งสรุปความเห็นของคณะกรรมการซึ่งผู้บังคับบัญชาได้แต่งตั้งขึ้น จำนวน ๑ ฉบับ  
สอบสวนว่าการถูกประทุษร้ายหรือได้รับอันตรายนั้นเกิดจากความผิดหรือความประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงของผู้นั้นเองหรือไม่ ในกรณีที่ไม่ว่าจะแนบหลักฐานตาม (๖) หรือหลักฐานตาม (๖) ไม่ปรากฏชัดว่าการถูกประทุษร้ายหรือได้รับอันตรายนั้น เกิดจากความผิดหรือความประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ของผู้นั้นเองหรือไม่
- ๙. คำสั่งเลื่อนเงินเดือนกรณีพิเศษ (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ
- ๑๐. สำเนาใบมรณบัตร สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต สำเนาทะเบียนสมรส/  
สำเนาทะเบียนหย่าของคู่สมรส จำนวน ๑ ฉบับ
- ๑๑. สำเนาใบมรณบัตรของทายาทที่เสียชีวิตแล้ว หรือหนังสือรับรองการตาย จำนวน ๑ ฉบับ
- ๑๒. สำเนาทะเบียนสมรสของบิดมารดาผู้เสียชีวิต หรือหนังสือรับรองว่าสมรส จำนวน ๑ ฉบับ  
ก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๓๘
- ๑๓. หนังสือรับรองความเป็นบุคคลคนเดียวกัน หรือเอกสารแสดงการเปลี่ยนชื่อตัว – ชื่อสกุล จำนวน ๑ ฉบับ  
(ถ้ามี) กรณีชื่อตัว – ชื่อสกุลไม่ตรงตามเอกสารอ้างอิง)
- ๑๔. สำเนาทะเบียนการรับรองบุตร หรือบุตรบุญธรรม หรือคำพิพากษาของศาลว่าเป็นบุตร จำนวน ๑ ฉบับ
- ๑๕. สำเนาทะเบียนบ้านของทายาททุกคน จำนวน ๑ ฉบับ

หมายเหตุ - กรณีเป็นสำเนา ให้รับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ

- รายการที่ ๔ - ๙ อนุโลมตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น

พ.ศ. ๒๕๔๖

**ค่าธรรมเนียม**

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

**การรับเรื่องร้องเรียน**

ถ้าการบริการไม่เป็นธรรม สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ศูนย์ดำรงธรรมองค์การบริหารส่วนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๓๕๗๙-๖๔๔๕

**ตัวอย่างแบบฟอร์ม**

- ๑. แบบคำขอรับบำเหน็จพิเศษ
- ๒. หนังสือรับรองการใช้เงินคืนแก่หน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น

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

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 ถ้าต่อไปปรากฏว่ามีทายาทผู้มีสิทธิโดยชอบด้วยกฎหมายของผู้ตายขึ้นเมื่อใดข้าพเจ้ายินยอมخذเงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ 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.....