

คู่มือสำหรับประชาชน
(องค์การบริหารส่วนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา)

งานที่ให้บริการ	การขอรับบำเหน็จพิเศษรายเดือนของลูกจ้างประจำขององค์การบริหารส่วนจังหวัด
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

สิทธิประโยชน์เกี่ยวกับบำเหน็จพิเศษรายเดือน เป็นสิทธิประโยชน์ที่จ่ายให้แก่ลูกจ้างประจำที่ได้รับอันตรายหรือป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติงานในหน้าที่หรือถูกประทุษร้าย เพราะเหตุกระทำตามหน้าที่ซึ่งแพทย์ที่ทางราชการรับรองได้ตรวจและแสดงว่าไม่สามารถปฏิบัติงานในหน้าที่ได้อีกเลย ซึ่งลูกจ้างประจำผู้มีสิทธิรับบำเหน็จพิเศษจะขอรับเป็นบำเหน็จพิเศษรายเดือนแทนก็ได้ โดยจ่ายเป็นรายเดือน เริ่มตั้งแต่ลูกจ้างประจำออกจากงานจนถึงแก่กรรม

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	ระยะเวลา	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑. ทายาท หรือผู้มีสิทธิยื่นเรื่องขอรับบำเหน็จพิเศษรายเดือน พร้อมเอกสารต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่สังกัดครั้งสุดท้าย	๑ ชั่วโมง	กองการเจ้าหน้าที่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด พระนครศรีอยุธยา
๒. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนจังหวัดตรวจสอบความถูกต้อง และรวบรวมหลักฐานและเอกสารที่เกี่ยวข้อง เสนอผู้มีอำนาจพิจารณา	๕ วัน	กองการเจ้าหน้าที่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด พระนครศรีอยุธยา
๓. นายกองการบริหารส่วนจังหวัดหรือผู้รับมอบอำนาจพิจารณา สั่งจ่ายเงินบำเหน็จพิเศษรายเดือน	๒ วัน	กองการเจ้าหน้าที่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด พระนครศรีอยุธยา
๔. องค์การบริหารส่วนจังหวัดแจ้ง และเบิกจ่ายเงินดังกล่าว ให้แก่ลูกจ้างประจำ (กรณีการจ่ายบำเหน็จพิเศษรายเดือน ให้จ่ายในวันเดียวกันกับการจ่ายบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น)	๒ วัน	กองคลัง องค์การบริหารส่วนจังหวัด พระนครศรีอยุธยา

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลาประมาณ ๑๕ วันทำการ นับตั้งแต่การจัดส่งเอกสารหลักฐานครบถ้วน
(หากระยะเวลาเกินกว่ากำหนดหรือล่าช้า อาจเกิดจากปัญหาอื่นที่เกี่ยวข้องเช่น งบประมาณที่ตั้งจ่ายไว้เพียงพอ เนื่องจากเกิดมีรายจ่ายที่ไม่ได้ประมาณการไว้เกิดขึ้นระหว่างปี ต้องทำการโอนงบประมาณจากรายการอื่นมาเพิ่มเติม)

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้ขอรับบำเหน็จพิเศษรายเดือนของลูกจ้างประจำขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

- | | |
|--|--------------|
| ๑. แบบคำขอรับบำเหน็จพิเศษรายเดือน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. สำเนาคำสั่งบรรจุ/แต่งตั้ง หรือหนังสือรับรองการบรรจุเป็นลูกจ้างประจำ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. สำเนาคำสั่งของผู้บังคับบัญชาหรือหลักฐานเกี่ยวกับการไปปฏิบัติราชการ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. รายงานหรือรายละเอียดการปฏิบัติงานในหน้าที่จนเป็นเหตุให้ถูกประทุษร้ายหรือได้รับอันตราย | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๕. รายงานของผู้ร่วมงานหรือผู้รู้เห็นเหตุการณ์ใกล้ชิด (ถ้ามี) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๖. รายงานการสอบสวนของเจ้าหน้าที่ตำรวจในกรณีที่ถูกประทุษร้าย หรือได้รับอันตรายนั้น
เกิดจากการกระทำผิดอาญาของผู้หนึ่งผู้ใด หรือสำเนาคำพิพากษาคดีนั้น | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๗. หลักฐานการสอบสวนพร้อมทั้งสรุปความเห็นของคณะกรรมการซึ่งผู้บังคับบัญชาได้แต่งตั้งขึ้น
สอบสวนว่าการถูกประทุษร้ายหรือได้รับอันตรายนั้นเกิดจากความผิดหรือความประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงของ
ผู้นั้นเองหรือไม่ ในกรณีที่ไม้อาจแนบหลักฐานตาม (๖) หรือหลักฐานตาม (๖) ไม่ปรากฏชัดว่าการถูกประทุษร้าย
หรือได้รับอันตรายนั้น เกิดจากความผิดหรือความประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ของผู้นั้นเองหรือไม่ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๘. ใบรับรองของแพทย์ที่ทางราชการรับรองได้ตรวจและแสดงว่า ไม่สามารถปฏิบัติงานต่อไปได้ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๙. คำสั่งเลื่อนเงินเดือนกรณีพิเศษ (ถ้ามี) | จำนวน ๑ ฉบับ |

หมายเหตุ - กรณีเป็นสำเนา ให้รับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ

- รายการที่ ๓ - ๙ อนุโลมตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๖

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการบริการไม่เป็นธรรม สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ศูนย์ดำรงธรรมองค์การบริหารส่วนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๓๕๗๙-๖๔๔๕

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอรับบำเหน็จพิเศษรายเดือน

แบบขอรับบำเหน็จปกติ บำเหน็จรายเดือน บำเหน็จพิเศษ และหรือบำเหน็จพิเศษรายเดือนลูกจ้าง

สำหรับส่วนราชการเจ้าสังกัดหรือจังหวัด

ที่...../.....		
วันที่.....		รหัสหน่วยงาน/จังหวัด	
เรื่อง ขอให้ส่งจ่ายเงิน			
เรียน			
โปรดพิจารณาสั่งจ่าย <input type="checkbox"/> เงินบำเหน็จปกติ <input type="checkbox"/> เงินบำเหน็จรายเดือน <input type="checkbox"/> เงินบำเหน็จพิเศษ <input type="checkbox"/> เงินบำเหน็จพิเศษรายเดือน <input type="checkbox"/> กรณีออกจากงาน <input type="checkbox"/> กรณีเกษียณอายุ <input type="checkbox"/> กรณีตาย ให้แก่ทายาทซึ่งมีสิทธิได้รับมรดก ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ของผู้ตาย ตามคำขอข้างล่างนี้และได้ส่งเอกสารรวม.....ฉบับมาด้วยแล้ว			
ขอแสดงความนับถือ			
ลงชื่อ.....(1)			
(.....)			
ตำแหน่ง.....			
โทร.....			
สำหรับผู้ขอ			
ลูกจ้าง		ชช..... คำนำหน้า..... ชื่อ.....นามสกุล.....	
ขอรับเงิน	<input type="checkbox"/> บำเหน็จปกติ <input type="checkbox"/> บำเหน็จรายเดือน <input type="checkbox"/> บำเหน็จพิเศษ <input type="checkbox"/> บำเหน็จพิเศษรายเดือน	วัน เดือน ปีเกิด (2)/...../.....	วัน เดือน ปีที่เริ่มนับ/...../.....
ประเภทการขอ		เหตุที่ออก	วันเดือนปีที่ออกจากการงานหรือตาย
บำเหน็จปกติ/บำเหน็จรายเดือน		<input type="checkbox"/> ลาออก <input type="checkbox"/> ให้ออก <input type="checkbox"/> เกษียณ <input type="checkbox"/> ปลดออก	ตำแหน่ง..... ลักษณะการคำนวณ บำเหน็จปกติ/ <input type="checkbox"/> จำนวนเวลาทำงานเป็นเดือน บำเหน็จรายเดือน
บำเหน็จพิเศษ/บำเหน็จพิเศษรายเดือน		<input type="checkbox"/> ออกจากงาน <input type="checkbox"/> เกษียณอายุ <input type="checkbox"/> ตาย <input type="checkbox"/> ออกจากงาน <input type="checkbox"/> ตาย	บำเหน็จพิเศษ/ <input type="checkbox"/> ยามปกติ อัตรา บำเหน็จพิเศษรายเดือน ที่ได้รับ.....(3) <input type="checkbox"/> ค่าตั้งกลาโหม อัตรา ที่ได้รับ.....
สถานะผู้ขอ	ส่วนราชการที่สังกัดครั้งสุดท้าย		
<input type="checkbox"/> ลูกจ้างประจำ <input type="checkbox"/> ลูกจ้างชั่วคราว	กรม..... รหัส <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> กระทรวง..... จังหวัด..... รหัส <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
อนึ่งข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้กรมบัญชีกลางโอนเงินบำเหน็จปกติ บำเหน็จรายเดือน บำเหน็จพิเศษ หรือบำเหน็จพิเศษรายเดือน ซึ่งข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร..... สาขา.....		ขอรับเงินทาง กรม	
ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....(4)		(5) รหัส หน่วยงาน <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> จังหวัด	
		รหัสจังหวัด <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ส่วนราชการผู้เบิก	
		รหัสจังหวัด <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
กรณีลูกจ้างออกจากงาน (6) ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ ลงชื่อผู้ขอ (.....) วันที่.....		กรณีลูกจ้างตาย (7) ข้าพเจ้าผู้มีสิทธิและเป็นผู้แทนผู้มีสิทธิได้ทำหนังสือรับรองไว้ต่อกระทรวง ทบวง กรม จังหวัด	
		ว่าข้อความที่ปรากฏในเรื่องราวนี้ถูกต้องตามความเป็นจริงและไม่มีทายาทหรือผู้มีสิทธิเหลืออยู่ก็ ถ้าปรากฏว่ามีทายาทหรือผู้มีสิทธิเกิดขึ้นเมื่อใดข้าพเจ้าและผู้มีสิทธิที่ได้รับเงินไปแล้วยินยอมคืนเงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิและชดใช้ค่าเสียหายที่เกิดขึ้นแก่ทางราชการภายใน 30 วัน นับจากวันนี้ที่ข้าพเจ้าได้รับทราบจากทางราชการ ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว	
		(ลงชื่อ).....ผู้ขอ	
		(ลงชื่อ).....ผู้ขอ	
		(ลงชื่อ).....ผู้ขอ	
ที่อยู่ผู้ขอ.....			
.....รหัสไปรษณีย์..... โทร.....			