

เอกสารในการสมัคร ช.พ.ค. อายุเกิน 35 ปี - 60 ปี

- 1 สำเนาบัตรประชาชน 1 ฉบับ
- 2 สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ฉบับ
- 3 สำเนาใบสำคัญการสมรส (ถ้ามี) 1 ฉบับ
- 4 สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี) 1 ฉบับ
- 5 ใบรับแพทย์ออกโดยแพทย์ ซึ่งขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม รับรองว่าขณะตรวจร่างกาย ผู้สมัครเป็นผู้มี ร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์ และให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วันนับแต่วันที่มีการตรวจร่างกาย
- 6 หนังสือรับรองการทำงาน (อยู่ในใบสมัคร)
- 7 คำสั่งบรรจุแต่งตั้ง / กพ.7 (ข้าราชการ)
- 8 สำเนาสมุดประวัติประจำตัวครู ทช.4 (ครูเอกชน)
- 9 สำเนาสัญญาจ้าง (พนักงานราชการ / ลูกจ้างชั่วคราว)

*****ค่าสมัคร 100.00 บาท ****

สมัครระหว่างวันที่ 16 /4/63 -15/7/63 2,000.- บาท

สมัครระหว่างวันที่ 16 /7/63 -15/10/63 3,000.- บาท

สมัครระหว่างวันที่ 16/10/63- 15/1/64 5,000.- บาท

2. คำรับรองของผู้บังคับบัญชาหรือหน่วยงานผู้เบิกเงินเดือน/ค่าจ้าง ของผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ค.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว ชื่อ-สกุล ตำแหน่ง
มีเงินได้รายเดือนๆ ละ บาท สถานที่ทำงาน สังกัด
เริ่มรับราชการหรือปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. จนถึงปัจจุบัน

ลงชื่อ
(.....)

ตำแหน่ง
วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ : การรับรองมีผลบังคับใช้ได้ไม่เกิน 60 วัน นับแต่วันที่รับรอง

3. สำหรับเจ้าหน้าที่

ข้าพเจ้าซึ่งได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน ช.พ.ค. ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนในการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วนถูกต้องเรียบร้อยแล้ว พร้อมทั้งชำระเงินค่าสมัคร เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ประกาศของคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 68 ปี การฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ฉบับลงวันที่ 3 มีนาคม 2563 และประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่องแก้ไขเพิ่มเติมประกาศเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 68 ปี การฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ฉบับลงวันที่ 7 เมษายน 2563 และได้กระทำต่อหน้าข้าพเจ้าจริง

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ
(.....)

ตำแหน่ง
วันที่ เดือน พ.ศ.

4. คำสั่ง (กรณีไม่อนุมัติ ให้อธิบายเหตุผลประกอบ)

ลงชื่อ
(.....)

ผู้อำนวยการสำนักงาน สกสค. จังหวัด.....
วันที่ เดือน พ.ศ.

เอกสารประกอบหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ค. (ณค.2)

ผู้ระบุสิทธิ (สมาชิก ช.พ.ค.)

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / บัตรประจำตัวข้าราชการ 1 ชุด
2. สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ชุด
3. สำเนาใบสำคัญการสมรส , ใบสำคัญการหย่า (ถ้ามี) 1 ชุด
4. สำเนาใบมรณบัตร บิดา , มารดา 1 ชุด

ผู้รับสิทธิ / ผู้ที่สมาชิก ช.พ.ค. ต้องการยกผลประโยชน์ให้

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / บัตรประจำตัวข้าราชการ / ใบสูติบัตร 1 ชุด
2. สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ชุด
3. สำเนาใบสำคัญการสมรส , ใบสำคัญการหย่า ของบิดา/มารดา
(กรณีระบุให้บิดา/มารดา) 1 ชุด
4. สำเนาใบสำคัญการสมรส , กรณีระบุให้บุตรที่ได้ทำการสมรสแล้ว
(เหตุผลเพราะนามสกุลจะเปลี่ยนไปใช้ของคู่สมรส)
5. สำเนาหนังสือรับรองบุตรบุญธรรม , สำเนาหนังสือรับรองบุตร
(กรณีบุตรนอกสมรสที่บิดารับรองแล้ว) 1 ชุด

สอบถาม(วัน-เวลาราชการ) ได้ที่

เบอร์โทร. 053-166571 , 053-166593

มือถือ. 0864210341 , 0864210342

รายชื่อบุคคลที่ข้าพเจ้าแสดงเจตนาระบุสิทธิตามข้อ 8(2) ตามระเบียบ ช.พ.ค. เกี่ยวข้องเป็นผู้อยู่ในอุปการะอย่างบุตรของข้าพเจ้า ซึ่งจะได้รับเมื่อผู้มีสิทธิรับเงินในข้อ 8(1) ถึงแก่ความตายก่อนข้าพเจ้าทั้งหมด

“ผู้อยู่ในอุปการะอย่างบุตรของสมาชิก ช.พ.ค.” หมายความว่า บุคคลธรรมดาที่สมาชิก ช.พ.ค. ได้ให้การอุปการะเลี้ยงดูเสมือนบุตรซึ่งเป็นผู้เยาว์ หรือผู้พิการ หรือทุพพลภาพ หรือผู้มีจิตพินเพื่อนไม่สมประกอบหรือวิกลจริต หรือคนไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

- 1. ชื่อ-ชื่อสกุล โทรศัพท์.....
- 2. ชื่อ-ชื่อสกุล โทรศัพท์.....
- 3. ชื่อ-ชื่อสกุล โทรศัพท์.....
- 4. ชื่อ-ชื่อสกุล โทรศัพท์.....
- 5. ชื่อ-ชื่อสกุล โทรศัพท์.....
- 6. ชื่อ-ชื่อสกุล โทรศัพท์.....
- 7. ชื่อ-ชื่อสกุล โทรศัพท์.....
- 8. ชื่อ-ชื่อสกุล โทรศัพท์.....

เหตุผล กรณีผู้แสดงเจตนาไม่ระบุฯ บุคคลในข้อ 8(2).....

รายชื่อบุคคลที่ข้าพเจ้าแสดงเจตนาระบุสิทธิตามข้อ 8(3) ตามระเบียบ ช.พ.ค. เกี่ยวข้องเป็นผู้อุปการะข้าพเจ้า ซึ่งจะได้รับเมื่อผู้มีสิทธิรับเงินในข้อ 8(1) และข้อ 8(2) ถึงแก่ความตายก่อนข้าพเจ้าทั้งหมด

“ผู้อุปการะสมาชิก ช.พ.ค.” หมายความว่า บุคคลธรรมดาที่ให้การอุปการะที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของสมาชิก ช.พ.ค. ในขณะที่สมาชิก ช.พ.ค. ยังมีชีวิตอยู่

- 1. ชื่อ-ชื่อสกุล โทรศัพท์.....
- 2. ชื่อ-ชื่อสกุล โทรศัพท์.....
- 3. ชื่อ-ชื่อสกุล โทรศัพท์.....
- 4. ชื่อ-ชื่อสกุล โทรศัพท์.....
- 5. ชื่อ-ชื่อสกุล โทรศัพท์.....
- 6. ชื่อ-ชื่อสกุล โทรศัพท์.....
- 7. ชื่อ-ชื่อสกุล โทรศัพท์.....
- 8. ชื่อ-ชื่อสกุล โทรศัพท์.....

เหตุผล กรณีผู้แสดงเจตนาไม่ระบุฯ บุคคลในข้อ 8(3).....

ผู้แสดงเจตนาต้องยื่นคำขอต่อเจ้าหน้าที่เพื่อแสดงเจตนาระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ค. จากเดิมที่เคยแสดงเจตนาระบุไว้ และในกรณีหากภายหลังสมาชิกได้แสดงเจตนาเปลี่ยนแปลงระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ค. ให้ถือว่าการแสดงเจตนาระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ค. ครั้งหลังเป็นการยกเลิกการแสดงเจตนาระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ค. ที่ได้ทำมาก่อนทั้งหมด

ลงชื่อ ผู้แสดงเจตนา
(.....)

หมายเหตุ : 1. ห้าม ขูด ลบ ชีด ฆ่า กรณีมีความจำเป็นต้องแก้ไขข้อความให้ชัดเจนแล้วให้ผู้แสดงเจตนาลงลายมือชื่อกำกับไว้ทุกแห่ง
2. กรณีสมาชิกไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือขวาแทน ให้ผู้อำนวยการ สกสค. จังหวัด ลงนามรับรองด้วยว่า “เป็นลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือขวาของผู้แสดงเจตนาจริง และขณะพิมพ์ลายนิ้วมือมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์” โดยมีพยานลงลายมือชื่อรับรองไว้ด้วยสองคน

ลงชื่อ..... ผู้แสดงเจตนา วันที่.....เดือนพ.ศ. เวลา.....น.

2. สำหรับเจ้าหน้าที่

ข้าพเจ้าซึ่งได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน ช.พ.ค. ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล..... เป็นสมาชิก ช.พ.ค. ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ค. และเอกสารหลักฐานครบถ้วนถูกต้องเป็นไปตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2561 และประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ค. พ.ศ. 2562

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า สมาชิกได้ทำหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ค. ฉบับนี้ ด้วยความสมัครใจ และลงลายมือชื่อต่อหน้าข้าพเจ้าจริง เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. เวลา.....น.

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

- อนุมัติ
- ไม่อนุมัติ เพราะ.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้อำนวยการสำนักงาน สกสค. จังหวัด.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....ผู้แสดงเจตนาได้รับสำเนาหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ค. เรียบร้อยแล้ว



คำชี้แจง

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

ลงชื่อ.....ผู้แสดงเจตนา วันที่.....เดือนพ.ศ. เวลา.....น.