

ใบสมัครสมาชิกการฌาปนกิจสงเคราะห์กรมการพัฒนาชุมชน

เลขทะเบียนสามัญ.....

เลขทะเบียนสมทบ.....

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการดำเนินการการฌาปนกิจสงเคราะห์กรมการพัฒนาชุมชน

ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - -

อายุ.....ปี () ข้าราชการ () ลูกจ้างประจำ () อื่น ๆ

เริ่มรับราชการเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....

สถานที่ปฏิบัติราชการ.....สังกัดจังหวัด/เขต/กอง.....

ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทร.....

ชื่อคู่สมรส..... () เป็นสมาชิก ประเภท..... เลขที่ทะเบียน.....

ได้รับทราบระเบียบกรมการพัฒนาชุมชน ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์พ.ศ. 2562 แล้ว ข้าพเจ้ามีความประสงค์ จะสมัครเข้าเป็นสมาชิก ประเภท ของการฌาปนกิจสงเคราะห์ ภายใต้ระเบียบข้อ 24 ของระเบียบ หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอมอบเงินสงเคราะห์ให้ผู้มีรายชื่อ ดังนี้

1.....เกี่ยวข้องเป็น.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - -

2.....เกี่ยวข้องเป็น.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - -

3.....เกี่ยวข้องเป็น.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - -

เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ และจัดการศพของข้าพเจ้า ในกรณีที่ผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ไม่ประสงค์รับเงินหรือไม่อาจติดต่อได้ ให้การฌาปนกิจสงเคราะห์ปิดประกาศหรือโฆษณาเพื่อแสดงเจตนาเปลี่ยนแปลงครอบครอง หากไม่มีผู้ใดมารับเงินสงเคราะห์ดังกล่าว ให้ตั้งเป็นเงินสงเคราะห์ค้างจ่ายในระยะเวลาห้าปี นับแต่วันประกาศหรือโฆษณานั้น เมื่อครบห้าปีแล้ว ให้นำเงินเข้าบัญชีทุนในการดำเนินงานของการฌาปนกิจสงเคราะห์

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร
(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผอ.สำนัก/กอง/ศูนย์/พัฒนาการจังหวัด)

ข้าพเจ้าเป็นผู้บังคับบัญชาของ

ขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามข้อ 11 ของระเบียบทุกประการ

(ลงชื่อ).....
(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับผู้สมัคร ต้องยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารประกอบ และชำระเงิน ดังนี้

1. สมาชิกสามัญ (ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานราชการ สังกัดกรมการพัฒนาชุมชน)
 - 1.1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐและสำเนาทะเบียนบ้าน
 - 1.2 เงินค่าสมัคร และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 15 ศพ ตามอัตราที่ระบุไว้ในท้ายใบสมัคร
 - 1.3 กรณีที่ผู้สมัครมีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป ต้องมีใบรับรองการตรวจสุขภาพจากแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
2. สมาชิกสมทบ (คู่สมรสของสมาชิกสามัญ)
 - 2.1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐและสำเนาทะเบียนบ้าน
 - 2.2 สำเนาทะเบียนสมรส
 - 2.3 ใบรับรองการตรวจสุขภาพจากแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - 2.4 เงินค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 15 ศพ ตามอัตราที่ระบุไว้ในท้ายใบสมัคร

สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบหลักฐานต่าง ๆ ถูกต้องครบถ้วนแล้ว ควรรับสมัครเข้าเป็นสมาชิกได้

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่
(.....)
...../...../.....

นำเสนอที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่...../.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.
ที่ประชุมอนุมัติให้เข้าเป็นสมาชิกได้ ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

(ลงชื่อ)..... เลขานุการ
(.....)
...../...../.....

ได้รับเงินค่าสมัคร จำนวน.....บาทและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน.....บาท แล้ว ตามใบเสร็จ
เล่มที่.....เลขที่..... ลงวันที่.....เดือน..... พ.ศ.

(ลงชื่อ)..... เจริญญิก
(.....)
...../...../.....

อัตราค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า

อายุ	ค่าสมัคร	เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า 15 ศพ	รวม
18-30 ปี บริบูรณ์	50 บาท	150 บาท (10บาท/ศพ)	200 บาท
31-50 ปี บริบูรณ์	50 บาท	225 บาท (15 บาท/ศพ)	275 บาท
51-55 ปี บริบูรณ์	50 บาท	300 บาท (20 บาท/ศพ)	350 บาท
56-60 ปี บริบูรณ์	100 บาท	450 บาท (30 บาท/ศพ)	550 บาท

สมาชิกสามัญ ที่สมัครภายใน 6 เดือนนับแต่วันบรรจุหรือโอนมารับราชการที่กรมฯ อัตราค่าสมัคร 25 บาท

สมาชิกสมทบ ที่สมัครภายใน 6 เดือนนับแต่วันที่จดทะเบียนสมรส อัตราค่าสมัคร 25 บาท