|  |
| --- |
| **คู่มือสำหรับประชาชน****(คู่มือกลางสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **งานที่ให้บริการ** | **การขอรับบำเหน็จตกทอด (กรณีลูกจ้างประจำผู้รับบำเหน็จรายเดือนหรือบำเหน็จพิเศษรายเดือนถึงแก่กรรม)** |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบ** | **องค์การบริหารส่วนจังหวัดสระบุรี** |

|  |
| --- |
| **ขอบเขตการให้บริการ** |

**สถานที่ ช่องทางการให้บริการ**

**ระยะเวลาเปิดให้บริการ**

1. กองคลัง วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (เว้นวันหยุดราชการ)

 สำนักงาน องค์การบริหารส่วนจังหวัดสระบุรี ตั้งแต่เวลา 08.30 น. ถึง 16.30 น.

2. ระบุช่องทางในการขออนุญาตอื่นๆ (ถ้ามี) ระบุระยะเวลาเปิดให้บริการของช่องทางที่ 2 (ถ้ามี)

|  |
| --- |
| **หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ** |

สิทธิประโยชน์เกี่ยวกับบำเหน็จตกทอด เป็นสิทธิประโยชน์ที่จ่ายให้แก่ทายาทของลูกจ้างประจำที่รับบำเหน็จรายเดือน หรือบำเหน็จพิเศษรายเดือนที่ถึงแก่ความตาย โดยจะจ่ายบำเหน็จตกทอดเป็นจำนวน 30 เท่าของบำเหน็จรายเดือน หรือบำเหน็จพิเศษรายเดือน แล้วแต่กรณี

|  |
| --- |
| **ชั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ** |

**หน่วยงานผู้รับผิดชอบ**

**ขั้นตอน**

1. ทายาทหรือผู้มีสิทธิยื่นเรื่องขอรับบำเหน็จตกทอด สำนักงาน องค์การบริหารส่วนจังหวัดสระบุรี

พร้อมเอกสารต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เบิก

บำเหน็จรายเดือนหรือบำเหน็จพิเศษรายเดือน

2. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองคลัง ฝ่ายการเงิน (งานสวัสดิการบำนาญ)

ตรวจสอบความถูกต้องและรวบรวมหลักฐานและเอกสาร

ที่เกี่ยวข้องเสนอผู้มีอำนาจพิจารณา

(ระยะเวลาประมาณ 3 – 5 วัน)

3. นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผู้รับมอบอำนาจ สำนักงาน องค์การบริหารส่วนจังหวัดสระบุรี

พิจารณาสั่งจ่ายเงินบำเหน็จตกทอด

(ระยะเวลาประมาณ 1-2 วัน)

4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแจ้งและเบิกจ่ายเงิน สำนักงาน องค์การบริหารส่วนจังหวัดสระบุรี

ดังกล่าวให้แก่ทายาทหรือผู้มีสิทธิ (ระยะเวลาประมาณ 1- 2 วัน)

|  |
| --- |
| **ระยะเวลา** |

ใช้ระยะเวลาประมาณ 15 วันทำการ นับตั้งแต่การจัดส่งเอกสารหลักฐานครบถ้วน

|  |
| --- |
| **รายการเอกสารหลักฐานประกอบ** |

|  |
| --- |
| **เอกสารหรือหลักฐาน**ที่ต้องใช้ขอรับบำเหน็จตกทอด (กรณีลูกจ้างประจำผู้รับบำเหน็จรายเดือน หรือบำเหน็จ พิเศษรายเดือนถึงแก่กรรม) |

1. แบบคำขอรับบำเหน็จตกทอดลูกจ้างประจำ จำนวน 1 ฉบับ

2. หนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับบำเหน็จตกทอดลูกจ้างประจำของราชการ จำนวน 1 ฉบับ

 ส่วนท้องถิ่น (กรณีไม่มีทายาทผู้มีสิทธิ)

3. หนังสือรับรองการใช้เงินคืนแก่หน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 ฉบับ

4. สำเนาใบมรณบัตร สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต สำเนาทะเบียนสมรส/ จำนวน 1 ฉบับ

 สำเนาทะเบียนหย่าของคู่สมรส

5. สำเนาใบมรณบัตรของทายาทที่เสียชีวิตแล้ว หรือหนังสือรับรองการตาย จำนวน 1 ฉบับ

6. สำเนาทะเบียนสมรสของบิดามารดาผู้เสียชีวิต หรือหนังสือรับรองว่าสมรส จำนวน 1 ฉบับ

 ก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2478

7. หนังสือรับรองความเป็นบุคคลคนเดียวกัน หรือเอกสารแสดงการเปลี่ยนชื่อตัว จำนวน 1 ฉบับ

 - ชื่อสกุล (ถ้ามี) กรณีชื่อตัว – ชื่อสกุล ไม่ตรงตามเอกสารอ้างอิง

8. สำเนาทะเบียนการรับรองบุตร หรือบุตรบุญธรรม หรือสำเนาคำพิพากษาของ จำนวน 1 ฉบับ

 ศาลว่าเป็นบุตร

9. สำเนาทะเบียนบ้านของทายาททุกคน จำนวน 1 ฉบับ

**หมายเหตุ** – กรณีเป็นสำเนา ให้รับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ

|  |
| --- |
| **ค่าธรรมเนียม** |

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

|  |
| --- |
| **การรับเรื่องร้องเรียน** |

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

กองคลัง อบจ.สระบุรี

หมายเลขโทรศัพท์ 036 213077

หรือ 036 211852 ต่อ 108 109

|  |
| --- |
| **ตัวอย่างแบบฟอร์ม** |

1. แบบคำขอรับบำเหน็จตกทอดลูกจ้างประจำ

2. หนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยพิเศษลูกจ้างประจำถึงแก่ความตาย

3. หนังสือรับรองการใช้เงินคืนแก่หน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น

**เรื่องขอรับบำเหน็จตกทอด**

บ.ท.๕

เขียนที่ ................................................

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

เรื่อง ขอรับบำเหน็จตกทอด

เรียน ......................................

 ข้าพเจ้า........................................เกี่ยวข้องกับผู้ตายโดยเป็น.........................................

อยู่บ้านเลขที่......หมู่ที่......ถนน..........ตำบล/แขวง...............อำเภอ/เขต...............จังหวัด..............รหัสไปรษณีย์........................ ขอยื่นเรื่องราวดังต่อไปนี้

1. ข้าราชการส่วนท้องถิ่นผู้ตายชื่อ....................................ชื่อสกุล..................................

ตำแหน่ง................................................................สังกัดราชการส่วนท้องถิ่น..............................

ได้ถึงแก่กรรม........................................................เมื่อวันที่...........เดือน...............พ.ศ...............

ตามมรณบัตรเลขที่................................................ลงวันที่.............เดือน...............พ.ศ...............

ได้รับเงินเดือนเดือนสุดท้ายเดือนละ.......................บาท เงินเพิ่ม (ถ้ามี)................................บาท

รวมเป็นเงินเดือนละ...........................................บาท

 ผู้รับบำนาญตายชื่อ....................................................ชื่อสกุล.........................................

รับบำนาญครั้งสุดท้ายจากราชการส่วนท้องถิ่น...............................จังหวัด...................................

(ก่อนรับบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น สังกัด................................จังหวัด...................................

ตำแหน่ง................................................ ได้ถึงแก่กรรม........................................................

เมื่อวันที่...........เดือน...............พ.ศ...............ตามมรณบัตรเลขที่................................................

ลงวันที่.............เดือน...............พ.ศ...............ได้รับเงินบำนาญเดือนละ...............บาท เงินเพิ่มจากเงินบำนาญร้อยละ ๒๕ เดือนละ............บาทได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ ๑) พ.ศ. ๒๕๒๒ เดือนละ ................................บาท

ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๒๕ เดือนละ ................................บาท

ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๓๒ เดือนละ ................................บาท

ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๓๓ เดือนละ ................................บาท

ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ ๖) พ.ศ. ๒๕๓๔ เดือนละ ................................บาท

ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๓๕ เดือนละ ................................บาท

ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๓๘ เดือนละ ................................บาท

ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ ๙) พ.ศ. ๒๕๔๗ เดือนละ ................................บาท

-2-

ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ ๑๐) พ.ศ. ๒๕๔๘ เดือนละ ................................บาท

ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ ๑๑) พ.ศ. ๒๕๔๙ เดือนละ ................................บาท

ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ ....) พ.ศ. ......... เดือนละ ................................บาท

 รวมเป็นเงินทั้งสิ้นเดือนละ................................บาท

1. คู่สมรสโดยชอบด้วยกฎหมายของผู้ตายชื่อ............................ ชื่อสกุล........................

ได้สมรสกันเมื่อวันที่.............เดือน................พ.ศ............ตามใบสำคัญการสมรสเลขที่.................

ออก ณ สำนักทะเบียน......................... เมื่อวันที่.................เดือน....................พ.ศ.....................

(ถ้าเป็นภริยาหรือสามีซึ่งสมรสก่อนประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์คือ ก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๔๗๘ ให้ส่งใบรับรองของผู้ที่เชื่อถือได้ไปด้วย ถ้าสมรสตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๔๗๘ เป็นต้นมา ให้ส่งสำเนาการจดทะเบียนสมรสไปด้วย ข้าพเจ้ามีบุตรกับผู้ตาย รวม..........................คน คือ

 (๑)..............................................................เกิดวันที่................/................../..................

 (๒)..............................................................เกิดวันที่................/................../..................

 (๓)..............................................................เกิดวันที่................/................../..................

 (๔)..............................................................เกิดวันที่................/................../..................

 (๕)..............................................................เกิดวันที่................/................../..................

 ๓. บิดาผู้ตายชื่อ...................................................ชื่อสกุล................................................

อยู่บ้านเลขที่......หมู่ที่......ถนน..........ตำบล/แขวง...............อำเภอ/เขต...............จังหวัด................รหัสไปรษณีย์.............เวลานี้ยังมีชีวิตอยู่ หรือถึงแก่กรรมเมื่อวันที่......เดือน................พ.ศ.............

 มาดาของผู้ตายชื่อ..................................................ชื่อสกุล...............................................

อยู่บ้านเลขที่......หมู่ที่......ถนน..........ตำบล/แขวง...............อำเภอ/เขต...............จังหวัด............รหัสไปรษณีย์.............เวลานี้ยังมีชีวิตอยู่ หรือถึงแก่กรรมเมื่อวันที่......เดือน................พ.ศ........... ๔. ข้าพเจ้ารับรองว่า ทายาทนอกจากที่กล่าวข้างต้น ไม่มีทายาทอื่นใดอีก หากปรากฏภายหลังว่า

มีทายาทอื่นที่มีสิทธิได้รับบำเหน็จตกทอดของผู้ถึงแก่กรรมร้องคัดค้านหรือแย้งสิทธิประการใดแล้ว ขอรับผิดชดใช้ความเสียหายของทางราชการทั้งสิ้น ข้าพเจ้าและผู้ถึงแก่กรรมตลอดจนทายาททั้งหมดไม่เป็น

ผู้ต้องห้าม ตามความในพระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๐๐ มาตรา ๕๒, ๕๓, ๕๔ และมาตรา ๔๗ แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๓๐ มาตรา ๖ พร้อมหนังสือนี้ข้าพเจ้าได้ส่ง

 (๑) สำเนามรณบัตร

 (๒) สำเนาทะเบียนบ้าน

-3-

 (๓) ใบสำคัญการสมรส

 (๔) หนังสือรับรองทายาท (ภริยา สามี หรือบุตรแล้วแต่กรณี)

 (๕) สูติบัตรของบุตรที่เป็นทายาททุกคน มาเพื่อประกอบการพิจารณาด้วยแล้ว

 ขอแสดงความนับถือ

 .................................................

 (...............................................)

**หมายเหตุ** ข้อความใดที่ไม่ต้องการให้ขีดฆ่าออก

**แบบหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับบำเหน็จตกทอด**

เขียนที่...................................................

วันที่.............เดือน....................พ.ศ................... (๑)

 ข้าพเจ้า................................ (๒) เป็น [ ] ข้าราชการส่วนท้องถิ่น [ ] ผู้รับบำนาญระดับ..................ตำแหน่ง...............................สังกัดราชการส่วนท้องถิ่น....................................อำเภอ......................จังหวัด......................ได้รับ [ ] เงินเดือนเดือนละ.........................(๓) บาท [ ] บำนาญเดือนละ..................(๓) บาท ในกรณีข้าพเจ้าไม่มีทายาทผู้มีสิทธิจะได้รับบำเหน็จตกทอด (บุตร สามี หรือภริยา และบิดามารดาที่ชอบด้วยกฎหมาย) ตามมาตรา ๔๗ และมาตรา ๔๘ แห่งพระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๐๐ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๖) พ.ศ. ๒๕๔๓ จึงขอแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับบำเหน็จตกทอด โดยหนังสือ ฉบับนี้ว่า เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินบำเหน็จตกทอดแก่บุคคล รวม.........(๔).........คน ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

 ๑. ...............................(๕) ให้ได้รับ.................................(๖) ส่วน ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่...............หมู่ที่...........ถนน..............................ตำบล/แขวง..........................................

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

โทรศัพท์..................................

 ๒. ...............................(๕) ให้ได้รับ.................................(๖) ส่วน ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่...............หมู่ที่...........ถนน..............................ตำบล/แขวง..........................................

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

โทรศัพท์..................................

 ๓. ...............................(๕) ให้ได้รับ................................(๖) ส่วน ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่...............หมู่ที่...........ถนน..............................ตำบล/แขวง..........................................

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

โทรศัพท์..................................

 ลงชื่อ............................................ผู้แสดงเจตนา

 (...........................................)

 ลงชื่อ............................................พยาน

 (...........................................)

 ลงชื่อ............................................พยาน

 (...........................................)

-2-

ได้นำหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับบำเหน็จตกทอดเก็บไว้เป็นหลักฐานแล้ว

 ลงชื่อ............................(๗).........................เจ้าหน้าที่

 (.........................................................)

 ตำแหน่ง.......................................................

 วันที่................../....................../....................

**บันทึกการเปลี่ยนแปลง**

 ข้าพเจ้าขอยกเลิกหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับบำเหน็จตกทอดฉบับนี้ โดยได้แสดงเจตนาใหม่ตามหนังสือแสดงเจตนาลงวันที่...............................ซึ่งให้...........................................

.................................................................................................................................................เป็นผู้มีสิทธิรับบำเหน็จตกทอดเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย

 ลงชื่อ...........................................ผู้แสดงเจตนา/ผู้รับมอบฉันทะ

 (...........................................)

 วันที่.........../................../..............

**หมายเหตุ** ๑. การขูดลบ ขีดฆ่า หรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงอย่างอื่นในหนังสือแสดงเจตนาระบุตัว

 ผู้รับบำเหน็จตกทอดให้ลงลายมือชื่อกำกับไว้

 ๒. ให้ใส่เครื่องหมาย / ในช่อง [ ] ที่ใช้

 ๓. หนังสือแสดงเจตนานี้ให้ทำขึ้น ๒ ฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกันเก็บไว้ที่ผู้แสดง

 เจตนา ๑ ฉบับ อีกฉบับหนึ่ง ส่งไปเก็บไว้ที่สมุด/แฟ้มประวัติ สำหรับผู้รับบำนาญ

 ให้เก็บไว้ที่ราชการส่วนท้องถิ่นเจ้าสังกัดผู้เบิกบำนาญ ๑ ฉบับ

 **คำอธิบายการกรอกแบบหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับบำเหน็จตกทอด**

 (๑) ให้ระบุวัน เดือน ปี ที่แสดงเจตนาระบุตัวผู้รับบำเหน็จตกทอด

 (๒) ให้ระบุคำนำหน้า ชื่อ และนามสกุล ของผู้แสดงเจตนา

 (๓) ให้ระบุเงินเดือน บำนาญ ที่ได้รับอยู่ขณะที่แสดงเจตนา

 (๔) ให้ระบุจำนวนผู้มีสิทธิได้รับบำเหน็จตกทอดได้ไม่เกิน ๓ คน

 (๕) ให้ระบุคำนำหน้า ชื่อ และนามสกุล ของผู้มีสิทธิรับบำเหน็จตกทอด

 (๖) กรณีระบุตัวผู้รับบำเหน็จตกทอดไว้มากกว่าหนึ่งคนให้กำหนดส่วนที่จะมีสิทธิ

 ได้รับให้ชัดเจนด้วย เช่น นาย ก. ให้ได้รับ ๑ ส่วน นางสาว ข. ให้ได้รับ ๑ ส่วน

 และเด็กหญิง ค. ให้ได้รับ ๒ ส่วน เป็นต้น

 (๗) เจ้าหน้าที่ที่ราชการส่วนท้องถิ่นมอบหมาย ซึ่งเป็นข้าราชการส่วนท้องถิ่นไม่ต่ำกว่า

 ระดับ ๓

**หนังสือรับรองการใช้เงินคืนแก่ทางราชการ**

บ.ท.๖

เขียนที่ ................................................

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

ข้าพเจ้าขอรับรองไว้ต่อ............................................................ ว่า การขอรับเงินบำเหน็จตกทอดและเงินช่วยพิเศษในฐานะเป็นทายาทของผู้ตายชื่อ................................. ชื่อสกุล........................ซึ่งตายเมื่อวันที่..............เดือน...................พ.ศ..............ถูกต้องและครบถ้วนแล้วและไม่มีทายาทผู้มีสิทธิเหลืออยู่อีก ถ้าต่อไปปรากฏว่ามีทายาทผู้มีสิทธิโดยชอบด้วยกฎหมายของผู้ตายขึ้นเมื่อใดข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งสิ้นคืนให้แก่ทางราชการส่วนท้องถิ่นภายใน ๓๐ วัน นับจากที่ทางราชการส่วนท้องถิ่น แจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้ให้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

 (ลงชื่อ)..........................................ผู้ขอ (ลงชื่อ)............................................ผู้ขอ

 (.........................................) (...........................................)

 (ลงชื่อ)..........................................ผู้ขอ (ลงชื่อ)............................................ผู้ขอ

 (.........................................) (...........................................)

 (ลงชื่อ)..........................................ผู้ขอ (ลงชื่อ)............................................ผู้ขอ

 (.........................................) (...........................................)

 (ลงชื่อ)..........................................ผู้ขอ (ลงชื่อ)............................................ผู้ขอ

 (.........................................) (...........................................)

 (ลงชื่อ)..................................................พยาน

 (.................................................)

 (ลงชื่อ)..................................................พยาน

 (.................................................)

 ที่อยู่ของผู้ขอ.................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................รห้สไปรษณีย์...............................