



ที่ พร ๐๐๒๓.๑/ว ๖๑๘

ถึง สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอทุกอำเภอ

ด้วยจังหวัดแพร่ได้รับแจ้งจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นว่า ได้อนุมัติให้จัดสวัสดิการช่วยเหลือบุคลากรในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ (ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙) โดยกำหนดผู้มีคุณสมบัติขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ ประกอบด้วย ข้าราชการพลเรือนสามัญ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ และข้าราชการที่ได้รับบำนาญหรือลูกจ้างประจำที่ได้รับบำเหน็จรายเดือน ณ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น เรียงมาเพื่อทราบรายละเอียดตามสำเนาหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นที่ มท ๐๘๐๒.๒/ว ๔๓๕๕ ลงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘



สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด

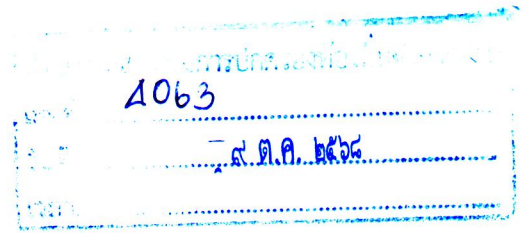
ฝ่ายบริหารทั่วไป

โทร.๐-๕๕๕๓-๔๑๑๙ ต่อ ๑๐๒

ผู้ประสานงาน นางสาวธัญญารัตน์ ชันคำนันทะ

ส. นน.
สน

นน.



ที่ มท ๐๘๐๒.๒/ว ๕ ๓๕๕

ถึง สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด ทุกจังหวัด

ด้วยอธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้โปรดอนุมัติให้จัดสวัสดิการช่วยเหลือบุคลากรในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ (ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕) โดยกำหนดผู้มีคุณสมบัติขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ ประกอบด้วย ข้าราชการพลเรือนสามัญ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ และข้าราชการที่ได้รับบำนาญ หรือลูกจ้างประจำที่ได้รับบำเหน็จรายเดือน ณ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

เพื่อให้การจัดสวัสดิการช่วยเหลือบุคลากรในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และบรรลุตามวัตถุประสงค์ของการจัดสวัสดิการภายในกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น จึงขอให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดแจ้งประชาสัมพันธ์หลักเกณฑ์การขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือบุคลากรในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ให้บุคลากรในสังกัดทราบโดยทั่วกัน ทั้งนี้ สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น www.dla.go.th หัวข้อ “หน่วยงานภายใน” หน่วยงาน “กองการเจ้าหน้าที่” เมนู “สวัสดิการ” หรือ สแกน QR Code ด้านล่าง



กองการเจ้าหน้าที่

กลุ่มงานบริหารผลการปฏิบัติงานและสวัสดิการ

โทร. ๐ ๒๒๔๑ ๙๐๐๐ ต่อ ๑๒๐๘

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban@dla.go.th

ผู้ประสานงาน : นางสาวศิริพร บัวจันทร์

โทร. ๐๘๑ ๙๓๘ ๒๕๐๓



รายละเอียดที่เกี่ยวข้อง

**รายละเอียดหลักเกณฑ์และหลักฐานประกอบการขอรับเงินช่วยเหลือบุคลากร
ในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น**

สวัสดิการ	จำนวนเงิน	หลักเกณฑ์	หลักฐานการขอรับเงินช่วยเหลือ
๑. การรักษาพยาบาล	(๑) ๓,๐๐๐ บาท	- Admit ติดต่อกันตั้งแต่ ๓ คืบขึ้นไป	☐ สำเนาใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล หรือหลักฐานจากสถานพยาบาลรับรองการเป็นคนไข้ในไม่น้อยกว่า ๓ คืบ
	(๒) ๕,๐๐๐ บาท	- บาดเจ็บจนถึงขั้นพิการ หรือเป็นผู้ป่วยติดเตียง	☐ หลักฐานที่แสดงว่าผู้นั้นบาดเจ็บจนถึงขั้นพิการ หรือเป็นผู้ป่วยติดเตียง
๒. การประสพภัย พิบัติ อัคคีภัย วาตภัย อุทกภัย	(๑) ๓,๐๐๐ บาท	- เกิดอันตรายแก่ร่างกาย	☐ ภาพถ่ายทรัพย์สินที่เสียหาย
	(๒) ๓,๐๐๐ บาท	- เกิดความเสียหายแก่ที่อยู่อาศัยประจำ	☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
			☐ ใบรับรองแพทย์กรณีประสพภัยและได้รับอันตราย
			☐ สำเนาเอกสารหลักฐานแสดงกรรมสิทธิ์ในทรัพย์สินที่เสียหาย หรือสัญญาเช่า
๓. การสนับสนุนเงินช่วยเหลือในการจัดการศพตามประเพณี	๓,๐๐๐ บาท	- คู่สมรส หรือ บุตร เสียชีวิต	☐ สำเนาใบมรณบัตร
			☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ถึงแก่กรรม (แจ้งตายแล้ว)
			☐ กรณีนามสกุลไม่ตรงกับผู้มีสิทธิขอรับเงินช่วยเหลือต้องแนบเอกสารเพิ่มเติม
๔. การช่วยเหลืออื่น ๆ	ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท ปีละไม่เกิน ๒ ครั้ง	- มีปัญหาความเดือดร้อนยากลำบาก มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต	☐ หนังสือข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสภาพปัญหา พร้อมอธิบายรายละเอียดของปัญหา ☐ เอกสารแสดงรายได้ ๓ เดือนย้อนหลัง
จัดส่งเอกสารตามข้อ ๑ – ๔ แล้วแต่กรณี และเอกสารอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการฯ ร้องขอ จำนวน ๑ ชุด พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ			

กองการเจ้าหน้าที่

กลุ่มงานบริหารผลการปฏิบัติงาน และสวัสดิการ

Facebook fan page สวัสดิการ กรมท้องถิ่น DLA

โทรศัพท์ ๐๘-๑๙๓๘-๒๕๐๓ หรือ ๐ ๒๒๔๑ ๙๐๐๐ ต่อ ๑๒๐๘



หลักเกณฑ์การขอรับเงินสวัสดิการ ช่วยเหลือบุคลากรในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

๑. ผู้มีสิทธิขอรับเงินสวัสดิการฯ

๑.๑ ข้าราชการพลเรือนสามัญ

๑.๒ ลูกจ้างประจำ

๑.๓ พนักงานราชการ

๑.๔ ข้าราชการที่ได้รับบำนาญ หรือลูกจ้างประจำที่ได้รับบำเหน็จรายเดือน ณ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

๒. คุณสมบัติผู้ขอรับเงินสวัสดิการฯ

เป็นข้าราชการพลเรือนสามัญ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ ในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และข้าราชการที่ได้รับบำนาญ หรือลูกจ้างประจำที่ได้รับบำเหน็จรายเดือน ณ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

๓. วิธีการขอรับเงินสวัสดิการฯ

แจ้งความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการฯ ตามแบบฟอร์มที่กำหนด พร้อมเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง แล้วจัดส่งให้กองการเจ้าหน้าที่ (กลุ่มงานบริหารผลการปฏิบัติงานและสวัสดิการ) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๓.๑ บุคลากรที่ปฏิบัติราชการในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ให้ยื่นแบบฟอร์มผ่านต้นสังกัด (สำนัก/กอง หรือเทียบเท่า/สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด)

๓.๒ ข้าราชการที่ได้รับบำนาญ หรือลูกจ้างประจำที่ได้รับบำเหน็จรายเดือน ณ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ให้ยื่นแบบฟอร์มที่กองการเจ้าหน้าที่ (กลุ่มงานบริหารผลการปฏิบัติงานและสวัสดิการ)

๔. การจ่ายเงินสวัสดิการฯ แบ่งเป็น ๔ ประเภท ดังนี้

๔.๑ การรักษาพยาบาล

(๑) กรณีเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ในสถานพยาบาล (Admit) ติดต่อกันตั้งแต่ ๓ คืนขึ้นไป ให้จ่ายเงินสวัสดิการฯ รายละ ๓,๐๐๐ บาท จ่ายเงินไม่เกินปีละ ๓ ครั้ง

(๒) กรณีบาดเจ็บจนถึงขั้นพิการ หรือเป็นผู้ป่วยติดเตียง ให้จ่ายเงินสวัสดิการฯ รายละ ๕,๐๐๐ บาท

๔.๒ การประสพภัยพิบัติ อัคคีภัย ภัย วาตภัย อุทกภัย

(๑) กรณีก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย ให้จ่ายเงินสวัสดิการฯ รายละ ๓,๐๐๐ บาท

(๒) กรณีก่อให้เกิดความเสียหายแก่ที่อยู่อาศัยประจำของผู้มีสิทธิขอรับเงินสวัสดิการฯ ให้จ่ายเงินสวัสดิการฯ ครอบครัวย่อยละ ๓,๐๐๐ บาท

๔.๓ การสนับสนุนเงินสวัสดิการฯ ในการจัดการศพตามประเพณี

กรณีคู่สมรส หรือบุตรของผู้มีสิทธิขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ เสียชีวิตให้จ่ายเงินสวัสดิการฯ รายละ ๓,๐๐๐ บาท

๔.๔ การช่วยเหลืออื่น ๆ

กรณีที่ผู้มีสิทธิขอรับเงินสวัสดิการฯ มีปัญหาความเดือดร้อน ยากลำบาก มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต จะพิจารณาเป็นรายกรณี และจ่ายเงินสวัสดิการฯ รายละไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท ปีละไม่เกิน ๒ ครั้ง

๕. ขั้นตอนการขอรับเงินสวัสดิการฯ

๕.๑ ผู้มีสิทธิขอรับเงินสวัสดิการฯ สามารถขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือบุคลากรในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ดังนี้

(๑) กรณีข้าราชการพลเรือนสามัญ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ ในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ตามข้อ ๑.๑ - ๑.๓ สามารถยื่นคำขอรับเงินสวัสดิการฯ ตามแบบฟอร์มที่กำหนด พร้อมเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องได้ที่สำนัก/กอง หรือเทียบเท่า/สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด

(๒) กรณีข้าราชการที่ได้รับบำนาญ หรือลูกจ้างประจำที่ได้รับบำเหน็จรายเดือน ณ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ตามข้อ ๑.๔ สามารถยื่นคำขอรับเงินสวัสดิการฯ ตามแบบฟอร์มที่กำหนด พร้อมเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องได้ที่กองการเจ้าหน้าที่ (กลุ่มงานบริหารผลการปฏิบัติงานและสวัสดิการ) กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

๕.๒ สำนัก/กอง หรือเทียบเท่า/สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด พิจารณาตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง พร้อมกับลงนามในคำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการสำนัก/กอง/ท้องถิ่นจังหวัด) ว่าเป็นผู้มีสิทธิสมควรได้รับเงินสวัสดิการฯ จริง แล้วจัดส่งให้กองการเจ้าหน้าที่ (กลุ่มงานบริหารผลการปฏิบัติงานและสวัสดิการ) ภายใน ๙๐ วัน นับแต่วันที่มิเหตุ ตามข้อ ๔.๑ - ๔.๔

๕.๓ กองการเจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง หากถูกต้องครบถ้วนตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด จะได้เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาการจ่ายเงินสวัสดิการช่วยเหลือบุคลากรในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น เมื่อคณะกรรมการพิจารณาการจ่ายเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ พิจารณาแล้วจะเสนอผู้มีอำนาจพิจารณาอนุมัติเบิกจ่ายเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ ต่อไป

๕.๔ เมื่อได้ดำเนินการตาม ข้อ ๕.๑ - ๕.๓ เรียบร้อยแล้ว กองการเจ้าหน้าที่จะดำเนินการ ดังนี้

(๑) กรณีผลการพิจารณาไม่อนุมัติการจ่ายเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ จะมีหนังสือแจ้งไปยังหน่วยงานต้นสังกัดของผู้ขอรับเงินสวัสดิการฯ ทราบ

(๒) กรณีผลการพิจารณาอนุมัติการจ่ายเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ จะดำเนินการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการฯ ให้แก่ผู้ขอรับเงินสวัสดิการฯ ต่อไป

๖. ระยะเวลาการขอรับเงินสวัสดิการฯ

ยื่นขอรับเงินสวัสดิการฯ ภายใน ๙๐ วัน เว้นแต่มีเหตุจำเป็น

๗. หลักฐานการขอรับเงินสวัสดิการฯ

หลักฐานที่ต้องใช้ในการยื่นขอรับเงินสวัสดิการฯ ตามข้อ ๔.๑ - ๔.๔ ดังนี้

(๑) แบบฟอร์มคำขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือบุคลากรในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

(๒) สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐผู้รับบำเหน็จบำนาญ

ประเภทของสวัสดิการ	หลักฐานการขอรับเงินสวัสดิการฯ
๑. การรักษาพยาบาล	- สำเนาใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล หรือหลักฐานจากสถานพยาบาลรับรองการเป็นคนไข้ไม่น้อยกว่า ๓ คืน
	- หลักฐานที่แสดงว่าผู้นั้นบาดเจ็บจนถึงขั้นพิการ หรือเป็นผู้ป่วยติดเตียง
๒. การประสพภัยพิภัย อัคคีภัย वादภัย อุทกภัย	- ภาพถ่ายทรัพย์สินที่เสียหาย
	- สำเนาทะเบียนบ้าน
	- ใบรับรองแพทย์กรณีประสพภัยและได้รับอันตราย
	- สำเนาเอกสารหลักฐานแสดงกรรมสิทธิ์ในทรัพย์สินที่เสียหาย หรือสัญญาเช่า

ประเภทของสวัสดิการ	หลักฐานการขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ
๓. การสนับสนุนเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ ในการจัดการศพตามประเพณี	- สำเนาใบมรณบัตร
	- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ถึงแก่กรรม (แจ้งตายแล้ว)
	กรณีนามสกุลไม่ตรงกับผู้มีสิทธิขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ ต้องแนบเอกสารที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม
๔. การช่วยเหลืออื่น ๆ	- หนังสือข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสภาพปัญหา พร้อมอธิบายรายละเอียดของปัญหา - เอกสารแสดงรายได้ ๓ เดือนย้อนหลัง (ล่าสุด)
จัดส่งเอกสารตามข้อ ๑ - ๔ แล้วแต่กรณี และเอกสารอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการฯ ร้องขอจำนวน ๑ ชุด พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ทุกฉบับ)	

หมายเหตุ

๑. คณะกรรมการฯ จะเป็นผู้พิจารณาตัดสินโดยคำตัดสินของคณะกรรมการฯ ถือเป็นขั้นสุดท้าย
๒. กรณีได้รับเงินสวัสดิการฯ มากกว่า ๑ ประเภท ให้เบิกจ่ายเงินสวัสดิการสูงสุดเพียงประเภทเดียว

๘. ระยะเวลาดำเนินการ

ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ ทั้งนี้ หากพบว่าการดำเนินการจัดสวัสดิการดังกล่าวกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายของเงินกองทุนสวัสดิการช่วยเหลือบุคลากรในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น จะเสนอประธานกรรมการสวัสดิการกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นพิจารณาการจัดสวัสดิการช่วยเหลือบุคลากรในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น อีกครั้งหนึ่ง



คำขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือบุคลากรในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....เลขประจำตัวประชาชน.....

☐ ข้าราชการ ☐ ลูกจ้างประจำ ☐ พนักงานราชการ ☐ ข้าราชการที่ได้รับบำนาญ

☐ ลูกจ้างประจำที่ได้รับบำเหน็จรายเดือน ☐ ทายาท/บุพการี/คู่สมรส ของ.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ ประเภท ☐ การรักษาพยาบาล ☐ การประสมภัยพิบัติ
อัคคีภัย วาตภัย อุทกภัย ☐ การจัดการศพตามประเพณี ☐ การช่วยเหลืออื่น ๆ

โดยข้าพเจ้าได้แนบสำเนาบัตรประชาชนและหลักฐานประกอบการพิจารณาตามหลักเกณฑ์การขอรับเงิน
สวัสดิการช่วยเหลือบุคลากรฯ ไว้ท้ายนี้แล้ว และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นขอรับเงิน
(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผอ.สำนัก/กอง หรือ ทลจ.)

☐ ขอรับรองว่ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ

☐ ขอรับรองว่าไม่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ

เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เรียน อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการช่วยเหลือบุคลากรฯ ของ.....

จำนวนเงิน.....บาท (.....)

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่

☐ อนุมัติให้เบิกจ่ายเงินสวัสดิการช่วยเหลือบุคลากรฯ ของ.....

จำนวนเงิน.....บาท (.....)

☐ ไม่อนุมัติให้เบิกจ่ายเงินสวัสดิการช่วยเหลือบุคลากรฯ เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ)

(.....)

รองอธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ปฏิบัติราชการแทน

อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

หลักฐานการยื่นคำขอรับเงิน

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานการรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ โดยโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์
เลขที่.....เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นขอรับเงิน

(.....)