

คู่มือสำหรับประชาชน การสมัครเป็นสมาชิกการมาปนกิจสงเคราะห์ข้าราชการและบุคลากรท้องถิ่น

หน่วยงานที่ให้บริการ : องค์การบริหารส่วนตำบลวังศิรี อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

หน่วยงานกลางเจ้าของกระบวนการ : กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

หมวดหมู่ของงานบริการ : อนุมัติ

กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง :

๑) ระเบียบกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ว่าด้วยการมาปนกิจสงเคราะห์ข้าราชการและบุคลากรท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๔

ระดับผลกระทบ : บริการที่มีความสำคัญด้านเศรษฐกิจ/สังคม

พื้นที่ให้บริการ : ส่วนกลาง

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

การมาปนกิจสงเคราะห์ข้าราชการและบุคลากรท้องถิ่น (ก.ณ.) จัดตั้งขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิก ก.ณ. ทำการสงเคราะห์ซึ่งกันและกันในการจัดการศพ

คุณสมบัติของสมาชิก ก.ณ. คือ

- ข้าราชการ พนักงานราชการ และลูกจ้างประจำกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
- ลูกจ้างประจำของกองทุน / พนักงานสหกรณ์ออมทรัพย์และหน่วยงานต่าง ๆ ที่อยู่ภายใต้การควบคุมหรือกำกับดูแลของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

- เจ้าหน้าที่ของสำนักงาน ก.ณ.

- ผู้บริหารท้องถิ่น สมาชิกสภาท้องถิ่นที่ปรึกษา และเลขานุการของผู้บริหารท้องถิ่น

- ข้าราชการ / พนักงาน / หรือลูกจ้างประจำขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ผู้สมัครเป็นสมาชิกอายุตั้งแต่ ๑๘ ปี แต่ไม่เกิน ๖๐ ปี บริบูรณ์

- กรณีคำขอหรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน และไม่อาจแก้ไข / เพิ่มเติมได้ในขณะนั้นผู้รับคำขอและผู้ยื่นคำขอจะต้องลงนามบันทึกสองฝ่ายและรายการเอกสาร / หลักฐานร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอดำเนินการแก้ไข / เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอไม่ดำเนินการแก้ไข / เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอจะดำเนินการคำขอและเอกสารประกอบการพิจารณา

- พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอและยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงานจนกว่าผู้ยื่นคำขอจะดำเนินการแก้ไขคำขอหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามบันทึกสองฝ่ายนั้นเรียบร้อยแล้ว

- ระยะเวลาการให้บริการตามคู่มือเริ่มนับหลังจากเจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอได้ตรวจสอบคำขอและรายการเอกสารหลักฐานแล้วเห็นว่ามีครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน

หมายเหตุ : จะแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ยื่นคำขอทราบภายใน ๕ วันทำการ นับแต่วันที่พิจารณาแล้วเสร็จ

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ :	ระยะเวลาเปิดให้บริการ :
สำนักงานการฉาปนกิจสงเคราะห์ข้าราชการและบุคลากร ท้องถิ่น (สำนักงาน ก.ฅ.) สำนักบริหารการคลังท้องถิ่น กรม ส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ถนนนครราชสีมา แขวงดุสิต เขต ดุสิต กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๐๐ โทร/โทรสาร ๐-๒๒๔๑-๘๐๓๖ / ติดต่อด้วยตนเอง ฅ หน่วยงาน	ระยะเวลาเปิดให้บริการ : เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)
องค์การบริหารส่วนตำบลวังคีรี / ติดต่อด้วยตนเอง ฅ หน่วยงาน	เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : ๒๘ วันทำการ

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
๑)	การตรวจสอบเอกสาร ผู้ประสงค์จะสมัครยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารหลักฐาน ตามที่กำหนดและค่าธรรมเนียมการสมัครเพื่อให้ เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานต้นสังกัดของผู้ประสงค์จะสมัคร สมาชิก ก.ฅ. ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง (หมายเหตุ: -)	๑ ชั่วโมง	-
๒)	การพิจารณา เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานต้นสังกัดของผู้ประสงค์จะสมัคร สมาชิก ก.ฅ. ตรวจสอบและรวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้อง พร้อมค่าธรรมเนียม จัดส่งให้กับสำนักงาน ก.ฅ. เพื่อ พิจารณาอนุมัติ (หมายเหตุ: (นับแต่วันที่ได้รับเรื่อง))	๕ วันทำการ	-
๓)	การพิจารณา เจ้าหน้าที่ของสำนักงาน ก.ฅ. ตรวจสอบเอกสาร หลักฐาน และเสนอนายทะเบียนผู้รับมอบอำนาจจาก คณะกรรมการ ก.ฅ. เพื่อพิจารณาอนุมัติ (หมายเหตุ: (นับแต่วันที่ได้รับเรื่อง))	๒๓ วันทำการ	กรมส่งเสริมการปกครอง ท้องถิ่น

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
๑)	ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกการฌาปนกิจสงเคราะห์ข้าราชการและบุคลากรท้องถิ่น (ก.ณ.๑) ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๐ ฉบับ หมายเหตุ -	-
๒)	หนังสือยินยอมให้หน่วยงานหักเงินชำระเงินสงเคราะห์ สำนักงานการฌาปนกิจสงเคราะห์ข้าราชการและบุคลากร ท้องถิ่น ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๐ ฉบับ หมายเหตุ -	-
๓)	สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร ฉบับจริง ๐ ฉบับ สำเนา ๑ ฉบับ หมายเหตุ (โดยผู้สมัครรับรองสำเนาถูกต้อง)	-
๔)	สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ประสงค์ให้ได้รับเงินสงเคราะห์ ฉบับจริง ๐ ฉบับ สำเนา ๑ ฉบับ หมายเหตุ (โดยผู้สมัครรับรองสำเนาถูกต้อง)	-
๕)	ใบรับรองแพทย์ ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๐ ฉบับ หมายเหตุ (ออกจากโรงพยาบาล หรือ คลินิก)	-

ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
๑)	แบ่งตามช่วงอายุผู้สมัคร อายุ ๑๘-๒๙ (ปี) ค่าสมัคร ๔๐ (บาท) * ค่าบำรุง ๓๐ (บาท) ** เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ๓๐๐ (บาท) (หมายเหตุ: (* ชำระครั้งเดียว .** ชำระทุกปี))	ค่าธรรมเนียม ๓๗๐ บาท
๒)	แบ่งตามช่วงอายุผู้สมัคร อายุ ๓๐-๓๙ (ปี) ค่าสมัคร ๖๐ (บาท) * ค่าบำรุง ๓๐ (บาท) ** เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ๓๐๐ (บาท) (หมายเหตุ: (* ชำระครั้งเดียว .** ชำระทุกปี))	ค่าธรรมเนียม ๓๙๐ บาท

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
๓)	แบ่งตามช่วงอายุผู้สมัคร อายุ ๔๐-๔๙ (ปี) ค่าสมัคร ๘๐ (บาท) * ค่าบำรุง ๓๐ (บาท) ** เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ๓๐๐ (บาท) (หมายเหตุ: (* ชำระครั้งเดียว .** ชำระทุกปี))	ค่าธรรมเนียม ๔๑๐ บาท
๔)	แบ่งตามช่วงอายุผู้สมัคร อายุ ๕๐-๖๐ (ปี) ค่าสมัคร ๑๐๐ (บาท) * ค่าบำรุง ๓๐ (บาท) ** เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ๓๐๐ (บาท) (หมายเหตุ: (* ชำระครั้งเดียว .** ชำระทุกปี))	ค่าธรรมเนียม ๔๓๐ บาท

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
๑)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐ / สายด่วน ๑๑๑๑ / www.๑๑๑๑.go.th / ตู้ ปณ. ๑๑๑๑ เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐
๒)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - ๙๙ หมู่ ๔ อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น ๒ ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐ - สายด่วน ๑๒๐๖ / โทรศัพท์ ๐ ๒๕๐๒ ๖๖๗๐-๘๐ ต่อ ๑๙๐๐ , ๑๙๐๔- ๗ / โทรสาร ๐ ๒๕๐๒ ๖๑๓๒ - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +๖๖ ๙๒ ๖๖๘ ๐๗๗๗ / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com)

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ก.ฌ. 1



เลขทะเบียนอันดับที่

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก
การฌาปนกิจสงเคราะห์ข้าราชการและบุคลากรท้องถิ่น

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

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

อายุ.....ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน สัญชาติ.....

ตำแหน่งสังกัด.....ชื่อคู่สมรส.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....แขวง/ตำบลเขต/อำเภอ

จังหวัดโทรศัพท์

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ตรอก/ซอย

ถนน.....แขวง/ตำบลเขต/อำเภอ

จังหวัดโทรศัพท์โทรศัพท์มือถือ

ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของการฌาปนกิจสงเคราะห์ข้าราชการและบุคลากรท้องถิ่น

หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอมอบให้บุคคลต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์คือ

-
เลขบัตรประจำตัวประชาชน
-
เลขบัตรประจำตัวประชาชน
-
เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ข้าพเจ้าได้ทราบและยินยอมปฏิบัติตามระเบียบกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ว่าด้วย
การฌาปนกิจสงเคราะห์ข้าราชการและบุคลากรท้องถิ่น ทุกประการ และยินยอมให้หักเงินค่าฌาปนกิจสงเคราะห์
ที่ต้องชำระในระหว่างเดือนจากเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า ณ ที่จ่าย

(ลงชื่อ)ผู้สมัคร
(.....)

www.cremation-dla.com หรือ www.facebook.com/cremation.dla



หนังสือยินยอมให้หน่วยงานหักเงินชำระเงินสงเคราะห์สำนักงานการมาปนกิจสงเคราะห์
ข้าราชการและบุคลากรท้องถิ่น

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

สังกัด มีความประสงค์ให้หน่วยงานหักเงิน และส่งให้
สำนักงาน ก.ฌ. ที่ข้าพเจ้าเป็นสมาชิก จึงมีหนังสือให้ความยินยอมไว้กับ สด./สด.จ. /เทศบาล/เมืองพัทยา /อบต./อบจ.
/..... ดังนี้

ข้อ 1. ยินยอมให้หน่วยงานหัก เงินเดือน ค่าจ้าง เงินบำนาญ เงินบำเหน็จ เงินอื่นใด ที่ถึงกำหนดจ่าย
แก่ข้าพเจ้าเพื่อส่งชำระเงินสงเคราะห์ ค่าบำรุงประจำปี หรือเงินอื่นๆ แล้วแต่กรณี ตามที่สำนักงาน ก.ฌ. แจ้งหน่วยงาน

ข้อ 2. กรณีข้าพเจ้าโอนย้ายไปอยู่ สด.จ./เทศบาล/เมืองพัทยา/อบต./อบจ. หรือหน่วยงานอื่น ยินดีให้ สด.จ.
เทศบาล/เมืองพัทยา/อบต./อบจ. หรือหน่วยงานอื่น ที่ข้าพเจ้าย้ายไปสังกัดหักเงิน ตามข้อ 1 และส่งให้ สำนักงาน ก.ฌ.
แทนข้าพเจ้าทุกเดือน

หนังสือยินยอมฉบับนี้ทำขึ้นโดยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง ได้ตรวจสอบข้อความและถ้อยคำ
ในหนังสือนี้ทั้งหมดแล้ว ตรงตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ ผู้ให้คำยินยอม
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)