



ที่ กบ ๐๐๒๓.๓/ว ๗๖

สำนักงานส่งเสริมการปกครอง  
ท้องถิ่นจังหวัดกระบี่  
ถนนอุตรกิจ กบ ๘๑๐๐๐

๒๗ เมษายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขยายเวลาการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. และสมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษเนื่องในโอกาสครบรอบ ๖๘ ปี  
เรียน นายองค์การบริหารส่วนจังหวัดกระบี่ นายกเทศมนตรีเมืองกระบี่ และท้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ  
อ้างถึง หนังสือสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดกระบี่ ที่ กบ ๐๐๒๓.๓/ว ๔๕ ลงวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๓  
สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสำนักงาน สกสค.จังหวัดกระบี่ ที่ ศธ ๕๒๑๐๑/๓๕๘  
ลงวันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๓ จำนวน ๑ ชุด

ตามที่สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดกระบี่ ประชาสัมพันธ์การเปิดรับสมัคร  
สมาชิก ช.พ.ค. และสมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษเนื่องในโอกาสครบรอบ ๖๘ ปี เปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑๖  
เมษายน - ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๓ โดยสมัครด้วยตนเอง ได้ที่สำนักงาน สกสค.จังหวัดกระบี่ นั้น

สำนักงาน สกสค.จังหวัดกระบี่แจ้งว่า ได้ขยายเวลาการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. และ  
สมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษเนื่องในโอกาสครบรอบ ๖๘ ปี โดยเปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑๖ เมษายน ๒๕๖๓ -  
๑๕ มกราคม ๒๕๖๔ โดยสมัครด้วยตนเอง ได้ที่สำนักงาน สกสค.จังหวัดกระบี่ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย  
จึงเรียนมาเพื่อทราบ สำหรับอำเภอให้แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ทราบด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายสารโรจน์ ไชยมาตร)  
ท้องถิ่นจังหวัดกระบี่



สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดชลบุรี  
002303  
๑๕ มิ.ย. ๒๕๖๓

ที่ ศธ 521001/358

สำนักงาน สกสค.จังหวัดกระบี่  
218 หมู่ที่ 1 ถนนเพชรเกษม  
ต.ทับปริก อ.เมือง จ.กระบี่  
81000

10 เมษายน 2563

เรื่อง ขยายเวลาการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. และสมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษเนื่องในโอกาสครบรอบ 68 ปี  
เรียน ท้องถิ่นจังหวัดกระบี่

อ้างถึง หนังสือสำนักงาน สกสค.จังหวัดกระบี่ ที่ ศธ 521001/261 ลงวันที่ 9 มีนาคม 2563

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมประกาศการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค.  
เป็นกรณีพิเศษเนื่องในโอกาส ครบรอบ 68 ปี การฉาบปูนกิจสงเคราะห์ช่วยเหลือเพื่อนครู  
และบุคลากรทางการศึกษา จำนวน 1 ชุด
- 2.ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ส. เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมประกาศการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ส.  
เป็นกรณีพิเศษเนื่องในโอกาส ครบรอบ 68 ปี การฉาบปูนกิจสงเคราะห์ช่วยเหลือเพื่อนครู  
และบุคลากรทางการศึกษา จำนวน 1 ชุด
- 3.ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค. กรณีพิเศษ อายุเกิน 35ปีขึ้นไป - 60 ปี (ใหม่ฉบับแก้ไข) จำนวน 1 ชุด
- 4.ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ส. กรณีพิเศษ อายุเกิน 35ปีขึ้นไป - 60 ปี (ใหม่ฉบับแก้ไข) จำนวน 1 ชุด
- 5.หนังสือแสดงเจตนาของผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ค. (ฉค.2) จำนวน 1 ชุด

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงาน สกสค.จังหวัดกระบี่ เปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. และ สมาชิก  
ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษเนื่องในโอกาสครบรอบ 68 ปี การฉาบปูนกิจสงเคราะห์ช่วยเหลือเพื่อนครูและบุคลากรทางการ  
ศึกษาสำหรับผู้ที่อายุเกิน 35 ปีขึ้นไป จนถึง 60 ปี (นับถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2563) โดยเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค.  
และ สมาชิก ช.พ.ส. ในระหว่างวันที่ 16 เมษายน 2563 - วันที่ 15 ตุลาคม 2563 นั้น

บัดนี้ คณะกรรมการ ช.พ.ค. และคณะกรรมการ ช.พ.ส. ได้ขยายระยะเวลา การรับสมัครสมาชิก  
ช.พ.ค. และ สมาชิก ช.พ.ส. กรณีพิเศษ ออกไปอีกตั้งแต่วันที่ 16 เมษายน 2563 ถึง วันที่ 15 มกราคม 2564

สำนักงาน สกสค.จังหวัดกระบี่ จึงขอความอนุเคราะห์มายังท่านได้ ประชาสัมพันธ์ ให้แก่ครูและ  
บุคลากรทางการศึกษาและผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ โดยมายื่นใบสมัครด้วยตนเอง ในระหว่างวันที่ 16 เมษายน 2563  
ถึง วันที่ 15 มกราคม 2564 ในวันและเวลาทำการตั้งแต่เวลา 08.30 - 16.30 น. ณ สำนักงาน สกสค. จังหวัด  
กระบี่ หรือสอบถามรายละเอียดต่างๆ ได้ที่ โทร. 075 701 713

จึงเรียนมาเพื่อโปรดประชาสัมพันธ์ ให้ทราบโดยทั่วกันและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายอุทัย เกื้อเพชร)

ผู้อำนวยการสำนักงาน สกสค.จังหวัดกระบี่



ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค.

เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมประกาศการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ  
เนื่องในโอกาสครบรอบ 68 ปี การสถาปนากิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา

เพื่อให้การรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. ตามประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่องการเปิดรับสมาชิก ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 68 ปี การสถาปนากิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ฉบับลงวันที่ 3 มีนาคม 2563 เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและสอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

อาศัยอำนาจตามความในข้อ 11 วรรคสาม วรรคสี่ และข้อ 24 (1) ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการสถาปนากิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ประกอบกับคณะกรรมการ ช.พ.ค. ในการประชุมครั้งที่ 4/2563 วันที่ 31 มีนาคม 2563 มีมติแก้ไขประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่อง การเปิดรับสมาชิก ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 68 ปี การสถาปนากิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ฉบับลงวันที่ 3 มีนาคม 2563 ดังนี้

1. ให้แก้ไขความในข้อ 2 ของประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่องการเปิดรับสมาชิก ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 68 ปี การสถาปนากิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ฉบับลงวันที่ 3 มีนาคม 2563 ในเรื่องระยะเวลาการเปิดรับสมัคร

จากเดิม

“ข้อ 2 ให้มีการรับสมัครครูและบุคลากรทางการศึกษา ที่มีอายุเกิน 35 ปี ซึ่งไม่เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ค. มาก่อน สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ได้เป็นกรณีพิเศษ ตามที่กำหนดไว้ในประกาศนี้และให้เปิดรับสมัครระหว่างวันที่ 16 เมษายน 2563 ถึงวันที่ 15 ตุลาคม 2563 ในวันและเวลาทำการตั้งแต่เวลา 08.30 น. – 16.30 น.” เป็น

“ข้อ 2 ให้มีการรับสมัครครูและบุคลากรทางการศึกษา ที่มีอายุเกิน 35 ปี ซึ่งไม่เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ค. มาก่อน สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ได้เป็นกรณีพิเศษ ตามที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ และให้เปิดรับสมัครระหว่างวันที่ 16 เมษายน 2563 ถึงวันที่ 15 มกราคม 2564 ในวันและเวลาทำการตั้งแต่เวลา 08.30 น. - 16.30 น.”

2. ให้แก้ไขความใน 4.2 (2) ของประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่องการเปิดรับสมาชิก ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 68 ปี การสถาปนากิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ฉบับลงวันที่ 3 มีนาคม 2563

จากเดิม

“4.2 (2) เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า

- สมัครระหว่างวันที่ 16 เมษายน - 15 มิถุนายน 2563

ให้ชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 2,000 บาท

- สมัครระหว่างวันที่ 16 มิถุนายน - 14 สิงหาคม 2563

ให้ชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 3,000 บาท

- สมัครระหว่างวันที่ 17 สิงหาคม - 15 ตุลาคม 2563

ให้ชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 5,000 บาท ” เป็น

/4.2 (2) เงินสงเคราะห์...



“4.2 (2) เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า

- สมักระหว่างวันที่ 16 เมษายน - 15 กรกฎาคม 2563  
ให้ชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 2,000 บาท
- สมักระหว่างวันที่ 16 กรกฎาคม - 15 ตุลาคม 2563  
ให้ชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 3,000 บาท
- สมักระหว่างวันที่ 16 ตุลาคม 2563 - 15 มกราคม 2564  
ให้ชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 5,000 บาท ”

3. ให้ยกเลิกใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค. กรณีพิเศษ ตามประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่องการเปิดรับสมาชิก ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 68 ปี การสถาปนากิจสงเคราะห์ ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ฉบับลงวันที่ 3 มีนาคม 2563 และให้ใช้ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ ตามที่แนบท้ายประกาศฉบับนี้แทน

นอกนั้นคงเดิม

ประกาศ ณ วันที่ ๗ เมษายน พ.ศ. 2563



(นายดิศกุล เกษมสวัสดิ์)  
เลขาธิการ กศน. ปฏิบัติหน้าที่  
เลขาธิการคณะกรรมการ สกสค.  
ประธานกรรมการ ช.พ.ค.



ประกาศคณะกรรมการ ข.พ.ส.

เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมประกาศการเปิดรับสมัครสมาชิก ข.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ  
เนื่องในโอกาสครบรอบ 68 ปี การสถาปนากิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา

เพื่อให้การรับสมัครสมาชิก ข.พ.ส. ตามประกาศคณะกรรมการ ข.พ.ส. เรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิก ข.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 68 ปี การสถาปนากิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ฉบับลงวันที่ 3 มีนาคม 2563 เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและสอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

อาศัยอำนาจตามความในข้อ 9 วรรคสาม วรรคสี่ และข้อ 23 (1) ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการสถาปนากิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ในกรณีคู่สมรสถึงแก่ความตาย พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ประกอบกับคณะกรรมการ ข.พ.ส. ในการประชุมครั้งที่ 4/2563 วันที่ 31 มีนาคม 2563 มีมติแก้ไขประกาศคณะกรรมการ ข.พ.ส. เรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิก ข.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 68 ปี การสถาปนากิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ฉบับลงวันที่ 3 มีนาคม 2563 ดังนี้

1. ให้แก้ไขความในข้อ 2 ของประกาศคณะกรรมการ ข.พ.ส. เรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิก ข.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 68 ปี การสถาปนากิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ฉบับลงวันที่ 3 มีนาคม 2563 ในเรื่องระยะเวลาการเปิดรับสมัคร

จากเดิม

“ ข้อ 2 ให้มีการรับสมัครคู่สมรสของครูและบุคลากรทางการศึกษา ที่มีอายุเกิน 35 ปี ซึ่งไม่เคยเป็นสมาชิก ข.พ.ส. มาก่อน สมัครเป็นสมาชิก ข.พ.ส. ได้เป็นกรณีพิเศษ ตามที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ และให้เปิดรับสมัครระหว่างวันที่ 16 เมษายน 2563 ถึงวันที่ 15 ตุลาคม 2563 ในวันและเวลาทำการตั้งแต่เวลา 08.30 น. - 16.30 น.” เป็น

“ ข้อ 2 ให้มีการรับสมัครคู่สมรสของครูและบุคลากรทางการศึกษา ที่มีอายุเกิน 35 ปี ซึ่งไม่เคยเป็นสมาชิก ข.พ.ส. มาก่อน สมัครเป็นสมาชิก ข.พ.ส. ได้เป็นกรณีพิเศษ ตามที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ และให้เปิดรับสมัครระหว่างวันที่ 16 เมษายน 2563 ถึงวันที่ 15 มกราคม 2564 ในวันและเวลาทำการตั้งแต่เวลา 08.30 น. - 16.30 น.”

2. ให้แก้ไขความใน 4.2 (2) ของประกาศคณะกรรมการ ข.พ.ส. เรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิก ข.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 68 ปี การสถาปนากิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ฉบับลงวันที่ 3 มีนาคม 2563

จากเดิม

“4.2 (2) เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า

- สมัครระหว่างวันที่ 16 เมษายน - 15 มิถุนายน 2563

ให้ชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 1,000 บาท

- สมัครระหว่างวันที่ 16 มิถุนายน - 14 สิงหาคม 2563

ให้ชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 2,000 บาท

- สมัครระหว่างวันที่ 17 สิงหาคม - 15 ตุลาคม 2563

ให้ชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 3,000 บาท ” เป็น

/4.2 (2) เงินสงเคราะห์...

“4.2 (2) เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า

- สมัครระหว่างวันที่ 16 เมษายน - 15 กรกฎาคม 2563  
ให้ชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 1,000 บาท
- สมัครระหว่างวันที่ 16 กรกฎาคม - 15 ตุลาคม 2563  
ให้ชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 2,000 บาท
- สมัครระหว่างวันที่ 16 ตุลาคม 2563 - 15 มกราคม 2564  
ให้ชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 3,000 บาท”

3. ให้ยกเลิกใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ส. กรณีพิเศษ ตามประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ส. เรื่องการเปิดรับสมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 68 ปี การมาปนกิจสงเคราะห์ ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ฉบับลงวันที่ 3 มีนาคม 2563 และให้ใช้ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ส. กรณีพิเศษ ตามที่แนบท้ายประกาศฉบับนี้แทน  
นอกนั้นคงเดิม

ประกาศ ณ วันที่ ๗ เมษายน พ.ศ. 2563



(นายดิศกุล เกษมสวัสดิ์)  
เลขาธิการ กศน. ปฏิบัติหน้าที่  
เลขาธิการคณะกรรมการ สกสศ.  
ประธานกรรมการ ช.พ.ส.



**เอกสารหลักฐานในการสมัคร ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ**  
**มีอายุเกิน 35 ปีขึ้นไปจนถึง 60 ปี (นับถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2563)**  
**และไม่เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ค. มาก่อน**  
**รับสมัครตั้งแต่วันที่ 16 เมษายน 2563 ถึง 15 มกราคม 2564**

**เอกสารผู้สมัคร ช.พ.ค.**

1. ใบรับรองแพทย์ที่ออกให้โดยแพทย์ซึ่งขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมรับรอง และใช้ได้ 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย (โรงพยาบาลหรือคลินิก) ตัวจริง
2. บัตรประจำตัวประชาชน ตัวจริง
3. สำเนาใบสำคัญการสมรส จำนวน 1 ฉบับ
4. สำเนาการเปลี่ยนชื่อตัว - ชื่อสกุล คำนำหน้านาม หรือ การขอใช้ชื่อสกุลเดิม หรือทุกกรณี ที่ชื่อตัว-ชื่อสกุล ของผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ไม่ตรงตามเอกสาร จำนวน 1 ฉบับ
5. **กรณีผู้สมัครสังกัดโรงเรียนเอกชน** ให้ยื่นสำเนาหนังสือแต่งตั้งครูให้ปฏิบัติหน้าที่หรือสำเนาหนังสือ แต่งตั้งบุคลากรทางการศึกษาให้ปฏิบัติหน้าที่ แนบมาด้วย จำนวน 1 ฉบับ
6. **กรณีลูกจ้าง** ให้ยื่นสำเนาสัญญาจ้าง ต้องมีกำหนดเวลาจ้างต่อเนื่องกันไม่น้อยกว่า 1 ปี แนบมาด้วย จำนวน 1 ฉบับ
7. ผู้มาสมัคร ช.พ.ค. ต้องทำการระบุทายาททันทีและให้แนบเอกสารของทายาทที่สมาชิก ช.พ.ค. จะระบุฯ ให้ทุกคนมาด้วย เอกสารที่ต้องใช้ ดังนี้
  1. สำเนาบัตรประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
  2. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
  3. สำเนาทะเบียนสมรส จำนวน 1 ฉบับ
  4. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อตัว-ชื่อสกุล จำนวน 1 ฉบับ

รับสมัครตั้งแต่วันที่ 8.30 - 16.30 น. ในวันและเวลาราชการ โทร. 075 701713

โทร. 093 765 4533 ชลกกน

อัตราค่าสมัคร ดังต่อไปนี้

วันที่รับสมัคร	ค่าสมัคร (บาท)	เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า (บาท)	รวมค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า (บาท)
16 เมษายน - 15 กรกฎาคม 2563	100	2,000	2,100
16 กรกฎาคม - 15 ตุลาคม 2563	100	3,000	3,100
16 ตุลาคม 2563 - 15 มกราคม 2564	100	5,000	5,100

**\*\* มาสมัครด้วยตนเอง \*\***





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 ..... และได้กระทำต่อหน้าข้าพเจ้าจริง

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

4. คำสั่ง (กรณีไม่อนุมัติ ให้อธิบายเหตุผลประกอบ)

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



## หนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ค.

เขียนที่ สำนักงาน สกสค. จังหวัด.....  
วันที่.....เดือน ..... พ.ศ. ....

## 1. สำหรับสมาชิก

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....นามสกุล.....  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน ..... สถานที่ทำงาน.....  
อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....  
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์..... โทรศัพท์เคลื่อนที่..... E-mail.....

ขอแสดงเจตนาระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวต่อหน้าเจ้าหน้าที่ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการดำเนินกิจกรรมช่วยเหลือเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2561 ทั้งนี้ ให้สำนักงานหักเงินสงเคราะห์ครอบครัว ณ ที่จ่ายเพื่อชำระหนี้ตามข้อผูกพันกับสำนักงาน (ถ้ามี) ก่อนจ่ายเงินให้แก่ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวตามที่ได้ระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ ดังนี้

รายชื่อบุคคลที่ข้าพเจ้าแสดงเจตนาระบุสิทธิตามข้อ 8(1) ตามระเบียบ ช.พ.ค. ซึ่งเกี่ยวข้องเป็นคู่สมรสที่ชอบด้วยกฎหมาย บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย บุตรบุญธรรม บุตรนอกสมรสที่บิดาจดทะเบียนรับรองแล้ว และบิดามารดาของข้าพเจ้า

1. ชื่อ-ชื่อสกุล.....เกี่ยวข้องเป็น คู่สมรสที่ชอบด้วยกฎหมาย โทรศัพท์.....
2. ชื่อ-ชื่อสกุล.....เกี่ยวข้องเป็น บิดา โทรศัพท์.....
3. ชื่อ-ชื่อสกุล.....เกี่ยวข้องเป็น มารดา โทรศัพท์.....
4. ชื่อ-ชื่อสกุล.....เกี่ยวข้องเป็น บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย โทรศัพท์.....
5. ชื่อ-ชื่อสกุล.....เกี่ยวข้องเป็น บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย โทรศัพท์.....
6. ชื่อ-ชื่อสกุล.....เกี่ยวข้องเป็น บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย โทรศัพท์.....
7. ชื่อ-ชื่อสกุล.....เกี่ยวข้องเป็น บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย โทรศัพท์.....
8. ชื่อ-ชื่อสกุล.....เกี่ยวข้องเป็น บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย โทรศัพท์.....
9. ชื่อ-ชื่อสกุล.....เกี่ยวข้องเป็น บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย โทรศัพท์.....
10. ชื่อ-ชื่อสกุล.....เกี่ยวข้องเป็น บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย โทรศัพท์.....
11. ชื่อ-ชื่อสกุล.....เกี่ยวข้องเป็น บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย โทรศัพท์.....
12. ชื่อ-ชื่อสกุล.....เกี่ยวข้องเป็น บุตรบุญธรรม โทรศัพท์.....
13. ชื่อ-ชื่อสกุล.....เกี่ยวข้องเป็น บุตรบุญธรรม โทรศัพท์.....
14. ชื่อ-ชื่อสกุล.....เกี่ยวข้องเป็น บุตรนอกสมรสที่บิดาจดทะเบียนรับรองแล้ว โทรศัพท์.....
15. ชื่อ-ชื่อสกุล.....เกี่ยวข้องเป็น บุตรนอกสมรสที่บิดาจดทะเบียนรับรองแล้ว โทรศัพท์.....

เหตุผล กรณีผู้แสดงเจตนาไม่ระบุ บุคคลในข้อ 8(1).....  
ลงชื่อ.....ผู้แสดงเจตนา วันที่.....เดือน ..... พ.ศ. .... เวลา..... น.

/รายชื่อบุคคล...

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

“ผู้อยู่ในอุปการะอย่างบุตรของสมาชิก ข.พ.ค.” หมายความว่า บุคคลธรรมดาที่สมาชิก ข.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 ข.พ.ค. เกี่ยวข้องเป็นผู้อุปการะข้าพเจ้า ซึ่งจะได้รับเมื่อผู้มีสิทธิรับเงินในข้อ 8(1) และข้อ 8(2) ถึงแก่ความตายก่อนข้าพเจ้าทั้งหมด

“ผู้อุปการะสมาชิก ข.พ.ค.” หมายความว่า บุคคลธรรมดาที่ให้การอุปการะที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของสมาชิก ข.พ.ค. ในขณะที่สมาชิก ข.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 ข.พ.ค. จากเดิมที่เคยแสดงเจตนาระบุไว้ และในกรณีหากภายหลังสมาชิกได้แสดงเจตนาเปลี่ยนแปลงระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ข.พ.ค. ให้ถือว่าการแสดงเจตนาระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ข.พ.ค. ครั้งหลังเป็นการยกเลิกการแสดงเจตนาระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ข.พ.ค. ที่ได้ทำมาก่อนทั้งหมด

ลงชื่อ .....ผู้แสดงเจตนา  
(.....)

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

ลงชื่อ.....ผู้แสดงเจตนา วันที่.....เดือน .....พ.ศ. .... เวลา.....น.

/2. สำหรับเจ้าหน้าที่...



2. สำหรับเจ้าหน้าที่

ข้าพเจ้าซึ่งได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน ช.พ.ค. ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล..... เป็นสมาชิก ช.พ.ค. ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ค. และเอกสารหลักฐานครบถ้วนถูกต้องเป็นไปตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาว่าด้วยการอุปถัมภ์สงเคราะห์ช่วยเหลือครูและบุคลากรทางการศึกษา 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.

ลงชื่อ .....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ

(.....)

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.....เดือน .....พ.ศ. .... เวลา.....น.

**เอกสารหลักฐานในการสมัคร ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ**  
**มีอายุเกิน 35 ปีขึ้นไปจนถึง 60 ปี (นับถึงวันที่ 31ธันวาคม2563)**  
**และไม่เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ส. มาก่อน**  
**รับสมัครตั้งแต่วันที่ 16 เมษายน 2563 ถึง 15 มกราคม 2564**

**เอกสารผู้สมัคร ช.พ.ส.**

- 1.ใบรับรองแพทย์ที่ออกให้โดยแพทย์ซึ่งขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมรับรอง และใช้ได้ 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย (โรงพยาบาลหรือคลินิก) ตัวจริง
- 2.บัตรประจำตัวประชาชน ตัวจริง
- 3.สำเนาใบสำคัญการสมรส จำนวน 1 ฉบับ
- 4.สำเนาการเปลี่ยนชื่อตัว – ชื่อสกุล คำนำหน้านาม หรือ การขอใช้ชื่อสกุลเดิม หรือทุกกรณี ที่ชื่อตัว-ชื่อสกุล ของผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ส. ไม่ตรงตามเอกสาร จำนวน 1 ฉบับ
5. ให้แนบเอกสารของคู่สมรส ที่เป็น ช.พ.ค. มาด้วยดังนี้
  - 1.สำเนาบัตรข้าราชการ (รับรองสำเนาถูกต้องมาด้วย) จำนวน 1 ฉบับ
    - 5.1 กรณีคู่สมรส ที่เป็น ช.พ.ค. สังกัดโรงเรียนเอกชน
      - 1.สำเนาบัตรประชาชน (รับรองสำเนาถูกต้องมาด้วย) จำนวน 1 ฉบับ
      - 2.สำเนาหนังสือแต่งตั้งครูให้ปฏิบัติหน้าที่หรือสำเนาหนังสือแต่งตั้งบุคลากรทางการศึกษาให้ปฏิบัติหน้าที่ (รับรองสำเนาถูกต้องมาด้วย) จำนวน 1 ฉบับ
    - 5.2 กรณีคู่สมรส ที่เป็น ช.พ.ค. เป็นลูกจ้าง
      - 1.สำเนาบัตรประชาชน (รับรองสำเนาถูกต้องมาด้วย) จำนวน 1 ฉบับ
      - 2.สำเนาสัญญาจ้าง ต้องมีกำหนดเวลาจ้างต่อเนื่องกันไม่น้อยกว่า 1 ปี (รับรองสำเนาถูกต้องมาด้วย) จำนวน 1 ฉบับ

รับสมัครตั้งแต่เวลา 8.30 – 16.30 น. ในวันและเวลาราชการ โทร. 075 701713

โทร.093 765 4533 ชลกนก

อัตราค่าสมัคร ดังต่อไปนี้

วันที่รับสมัคร	ค่าสมัคร (บาท)	เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า (บาท)	รวมค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า (บาท)
16 เมษายน – 15 กรกฎาคม 2563	100	1,000	1,100
16 กรกฎาคม – 15 ตุลาคม 2563	100	2,000	2,100
16 ตุลาคม 2563 – 15 มกราคม 2564	100	3,000	3,100

**\*\* มาสมัครด้วยตนเอง \*\***





ข้าพเจ้า (ผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส. และคู่สมรส) ได้รับทราบหลักการและเข้าใจวัตถุประสงค์ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ในกรณีคู่สมรสถึงแก่ความตาย พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 แล้ว และมีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. โดยยินยอมปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวทุกประการ และขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เคยสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. มาก่อน

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร  
( ..... )

**2. คำรับรองของผู้บังคับบัญชาหรือหน่วยงานผู้เบิกเงินเดือน/ค่าจ้าง ของคู่สมรสผู้สมัครสมาชิก**

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

ลงชื่อ ..... เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ  
( ..... )

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

**4. คำสั่ง (กรณีไม่อนุมัติ ให้อธิบายเหตุผลประกอบ)**

ลงชื่อ .....  
( ..... )

ผู้อำนวยการสำนักงาน สกสศ. จังหวัด.....  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....