 **บันทึกข้อความ**

**ส่วนราชการ** ……………………………………………………………………………………………………………………………………

**ที่** …………………………………………………….  **วันที่** …………………………..……………….……………………

**เรื่อง** รายงานเหตุการณ์กรณีข้าราชการตำรวจที่ได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิตเนื่องจากปฏิบัติหน้าที่ราชการ

 เพื่อขอรับเงินช่วยเหลือจากกองทุนสวัสดิการ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

เรียน ผบ.ตร. ( ผ่าน ผบก.สก. )

 ด้วยเมื่อวันที่………………..…..…เวลา…………..น. (ยศ ชื่อ สกุล) ………………………………………………

ตำแหน่ง/สังกัด ........................................................……..……………………………………….

 [ ] เสียชีวิต

 [ ] ได้รับบาดเจ็บ [ ] ไม่สาหัส [ ] สาหัส ………………………………………………….....

 เนื่องจาก (พฤติกรรมหรือเหตุการณ์สรุปโดยย่อ) …………………………………..………………………………

………………………………….…………………………..………………………………………………………………………………………….

………………………………….…………………………..………………………………………………………………………………………….

………………………………….…………………………..………………………………………………………………………………………….

………………………………….…………………………..………………………………………………………………………………………….

………………………………….…………………………..………………………………………………………………………………………….

………………………………….…………………………..………………………………………………………………………………………….

………………………………….…………………………..………………………………………………………………………………………….

………………………………….…………………………..………………………………………………………………………………………….

………………………………….…………………………..………………………………………………………………………………………….

………………………………….…………………………..………………………………………………………………………………………….

ตามบันทึกประจำวันข้อเกิดเหตุข้อที่………….วันที่.............................................

###### จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติจ่ายเงินช่วยเหลือจากกองทุนสวัสดิการ ตร. ต่อไป พร้อมนี้ได้แนบเอกสารหลักฐานมาด้วยแล้ว จำนวน .....…. ฉบับ

#  ลงชื่อ……………………..…………………………..

 (…………………………….……………………..)

 ตำแหน่ง……………………..………..……………..…..

#### **หมายเหตุ** - แบบรายงาน 1 ฉบับ ต่อผู้บาดเจ็บ / เสียชีวิต 1 นาย

 - ผู้บังคับบัญชาที่ลงนามในแบบรายงานต้องเป็นผู้บังคับบัญชาโดยตรงตำแหน่ง **ผบก. ขึ้นไป**

 - เอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับจะต้องรับรองสำเนาโดยข้าราชการตำรวจชั้นสัญญาบัตร

 - ใบรับรองแพทย์ และเอกสารประวัติการป่วยเจ็บและการรักษาพยาบาลต้องมีตราประทับของ

 โรงพยาบาลและต้องกรอกข้อความให้ครบถ้วน โดยให้แพทย์ระบุอาการและระยะเวลาพักรักษา

 ให้ชัดเจน

## เอกสารประกอบการพิจารณาขอรับเงินกองทุนสวัสดิการ ตร.

|  |  |
| --- | --- |
| **กรณีได้รับบาดเจ็บ** | **กรณีเสียชีวิต** |
| 1. รายงานเหตุการณ์ ลงนามโดยผู้บังคับบัญชาระดับ  **ผบก. ขึ้นไป**1. แบบประวัติการป่วยเจ็บและการรักษาพยาบาล

 (ตามแบบที่แนบ) หรือใบรับรองแพทย์ ต้องมี ตราประทับของโรงพยาบาล โดยระบุอาการและกำหนด ระยะเวลาพักรักษาให้ชัดเจน 3. สำเนาประจำวันคดีและธุรการที่เกี่ยวข้อง4. สำเนาคำสั่งปฏิบัติหน้าที่ และตารางเวร5. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการตำรวจ (ไม่หมดอายุ)  (กรณีบัตรข้าราชการหมดอายุใช้หนังสือรับรองแทน)6. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ได้รับบาดเจ็บ 7. แบบคำขอรับเงินผ่านธนาคาร8. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้ได้รับบาดเจ็บ (บมจ.ธนาคารกรุงไทย ประเภทออมทรัพย์ เท่านั้น) | 1. รายงานเหตุการณ์ ลงนามโดยผู้บังคับบัญชาระดับ  **ผบก. ขึ้นไป**2. สำเนาใบมรณบัตร3. สำเนาประจำวันคดีและธุรการที่เกี่ยวข้อง4. สำเนาคำสั่งปฏิบัติหน้าที่ และตารางเวร5. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการตำรวจ  และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต 6. บันทึกคำให้การของทายาทที่ถูกต้องตามกฎหมาย  (บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร) 7. บันทึกรับรองจำนวนและรายชื่อทายาท8. สำเนาบัตรประจำตัวและสำเนาทะเบียนบ้าน ของทายาท9. สำเนาใบมรณบัตรของทายาทตามกฎหมาย  (กรณีทายาทเสียชีวิต), สำเนาทะเบียนหย่า (ถ้ามี)10. แบบคำขอรับเงินผ่านธนาคารของทายาททุกคน  (1 คน ต่อ 1 ใบ)11. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของทายาททุกคน (บมจ.ธนาคารกรุงไทย ประเภทออมทรัพย์เท่านั้น) |

**\*\* กรณีอุบัติเหตุการจราจร**  **ให้ส่งเอกสารประกอบการขอรับเงินช่วยเหลือฯ เพิ่มเติม ดังนี้**

 **1.** แผนที่สังเขป แสดงทิศทางการเดินทาง ตลอดจนจุดต่างๆ และระยะห่างระหว่างจุด พร้อมระบุวัน

 เวลากำหนดในแต่ละจุดด้วย ดังนี้

 (1) ที่ตั้งหน่วยต้นสังกัด (2) จุดที่ผู้ขอรับสิทธิเดินทางไปปฏิบัติหน้าที่ทุกๆ จุดในวันเกิดเหตุ

 (3) จุดที่เกิดอุบัติเหตุ (4) บ้านพักผู้ขอรับสิทธิ

 (5) จุดอื่นๆ ที่เห็นว่าจำเป็นสำหรับการพิจารณาสิทธิ

 **2.** สำเนาสำนวนคดีอาญาหรือจราจรที่เกี่ยวข้อง ที่สนับสนุนว่าเป็นการปฏิบัติหน้าที่ (เท่าที่มีขณะขอรับสิทธิ)

  **3.** ภาพถ่ายสถานที่เกิดเหตุ (ถ้ามี)

**หมายเหตุ** - เพื่อประกอบการพิจารณาในการอนุมัติจ่ายเงินให้ส่งเอกสารครบทุกข้อ

 - ให้ส่งหลักฐานขอรับเงินช่วยเหลือฯ โดยนำเรียนผ่านลำดับชั้น ดังนี้

ต้นสังกัด ( หน่วยงานที่สังกัด)

ภ.จว.

ผบ.ตร. (ผ่าน ผบก.สก.)

**ส่งเอกสารมาที่** **:** ฝ่ายสวัสดิการการเงิน สก. ชั้น 10 อาคาร 19 กองสวัสดิการ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

 โทร. 0 2252 5921 และ 0 2205 2528 โทรสาร. 0 2251 9935

**ประวัติการป่วยเจ็บและการรักษาพยาบาล**

 ชื่อสถานพยาบาล..............................................................

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

 ชื่อผู้ป่วย ..........................................................................................................อายุ..................ปี สังกัด.................................................................................................................................................................

ที่อยู่...................................................................................................................................................................รับไว้รักษาเมื่อวันที่......... เดือน.......................... พ.ศ. ............... เคยเข้าป่วยเจ็บในสถานพยาบาล...........ครั้งด้วยโรค.............................................................................................................................................................

ประวัติการป่วยเจ็บและการตรวจร่างกายโดยย่อ ..............................................................................................

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

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย ...............................................................................................................................

การรักษา ..........................................................................................................................................................

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

ให้ออกจากสถานพยาบาลเมื่อวันที่..........เดือน.........................พ.ศ. ............. เนื่องจาก...................................

..................................................................................................รวมวันที่รักษาตัวในสถานพยาบาล............วัน

เมื่อออกจากสถานพยาบาลแล้ว แพทย์ลงความเห็นต้องรักษาต่ออีก..................วัน

ความเห็นอื่นๆ ..................................................................................................................................................

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

 (ลงชื่อ) ....................................................... แพทย์ผู้รักษา

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

 (ตำแหน่ง) ....................................................

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ ที่...........................................

**แบบคำขอรับเงินผ่านธนาคาร**

 ชื่อส่วนราชการ.............................................................

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

**เรียน ผบ.ตร.**

 (ผู้อำนวยการกองคลัง หัวหน้ากองคลัง หัวหน้าแผนกคลัง หรือตำแหน่งอื่นใด)

 ข้าพเจ้า..............................................................................ตำแหน่ง................................................สำนัก/กอง/ฝ่าย...................................................................................................................................................

อยู่บ้านเลขที่..............หมู่ที่...............ซอย.............................ถนน........................ตำบล/แขวง............................

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

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

 ( ) ข้าราชการ

บัตร ( ) ลูกจ้าง

 ( ) ประชาชน

เลขที่.............................................วันที่ออกบัตร..........................วันที่หมดอายุ.......................

 มีความประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร  **กรุงไทย** สาขา......................................................

ชื่อบัญชี..............................................................................เลขที่บัญชีเงินฝาก..................................................... ดังรายการต่อไปนี้

1. **ประเภทออมทรัพย์** (ระบุประเภทเงินที่โอนเข้าบัญชี)

2. .....................................................

3. .....................................................

4. .....................................................

 ทั้งนี้ หากมีค่าธรรมเนียมหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดที่ธนาคารเรียกเก็บ ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินดังกล่าวจากเงินที่จะได้รับจากทางราชการ

 ลงชื่อ..................................................................ผู้ยื่นคำขอ

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

**หมายเหตุ** กาเครื่องหมาย / ในช่อง ( ) ช่องใดช่องหนึ่ง

##### ใบสำคัญรับเงิน

###### **กองทุนสวัสดิการ ตร.**

 เขียนที่……………………………………………

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

 ข้าพเจ้า …………………………………………………………อยู่บ้านเลขที่……………........หมู่ที่……………ซอย……………………… ถนน…………………… ตำบล/แขวง ……………………… อำเภอ/เขต …………………………จังหวัด…………………………….. โทร …………………………………….…………….... ได้รับเงินจากกองทุนสวัสดิการ ตร. จังหวัดกรุงเทพฯ ดังรายการต่อไปนี้

|  |  |
| --- | --- |
| รายการ | จำนวนเงิน |
|  เงินช่วยเหลือจากกองทุนสวัสดิการ ตร. ราย.............................................................................................................. ตำแหน่ง....................................................................................................... สังกัด........................................................................................................... |  |  |
|   (.....................................................................................................................) (ตัวอักษร) |  |

ตรวจแล้วถูกต้อง

(ลงชื่อ) ........................................................ (ลงชื่อ) ………………………………………..………………ผู้รับเงิน

(.....................................................) (………………………………..……………………)

ตำแหน่ง ..................................................... (ลงชื่อ)……………………….……………………………… ผู้จ่ายเงิน

 ……./……../…… (…………………………….………………………)

 (ลงชื่อ)………………………..………………………………พยาน

 (………………………..……………………………)

 (ลงชื่อ)……………………………..…………………………พยาน

 (…………………………………………….………)

**หมายเหตุ :** ผู้รับเงินลงนามรับเงิน 1 คน ต่อ 1 ใบ และลงรายละเอียดให้ครบถ้วน

 พยานต้องเป็นข้าราชการตำรวจ

**ข้อปฏิบัติเกี่ยวกับเอกสารการขอรับเงินช่วยเหลือฯ**

1. เอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับต้องให้ข้าราชการตำรวจ **ชั้นสัญญาบัตร** ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

2. สำหรับข้าราชการตำรวจที่ได้รับบาดเจ็บ ให้กรอกแบบคำขอรับเงินผ่านธนาคาร โดยกรอกรายละเอียดต่างๆ ให้ครบถ้วน รวมทั้งหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ เพื่อความสะดวกในการติดต่อกรณีมีปัญหาในการโอนเงินเข้าบัญชี ทั้งนี้ ให้แนบสำเนาสมุดบัญชี  **บมจ. ธนาคารกรุงไทย ประเภทออมทรัพย์ เท่านั้น**

3. สำหรับทายาทของข้าราชการตำรวจที่เสียชีวิต ให้กรอกแบบคำขอรับเงินผ่านธนาคาร (เอกสาร 1 แผ่น ต่อทายาท 1 คน) โดยกรอกรายละเอียดต่างๆ ให้ครบถ้วน รวมทั้งหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ เพื่อความสะดวกในการติดต่อกรณีมีปัญหาในการโอนเงินเข้าบัญชี ทั้งนี้ ให้แนบสำเนาสมุดบัญชี **บมจ. ธนาคารกรุงไทย ประเภทออมทรัพย์ เท่านั้น** **(ทายาท 1 คนต่อ 1 บัญชีธนาคาร)** โดยทายาทจะได้รับเงินช่วยเหลือเฉลี่ยจ่าย รายละเท่าๆ กัน

4. แบบคำขอรับเงินผ่านธนาคาร ให้จัดส่งฉบับจริงให้ สก.

5. ส่งเอกสารการขอรับเงินช่วยเหลือฯ มาที่

ฝ่ายสวัสดิการการเงิน สก. ชั้น 10 อาคาร 19

กองสวัสดิการ สำนักงานกำลังพล สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน

กรุงเทพมหานคร 10330

 6. สามารถติดต่อ ฝ่ายสวัสดิการการเงิน สก. ได้ที่โทรศัพท์หมายเลข 0 2205 2528,

0 2252 5921 และโทรสารหมายเลข 0 2251 9935