



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ

โทร

ที่ ลพ ๐๐๓๓.

วันที่

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการเจ้าหน้าที่ (กรณีเสียชีวิต)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน (ผ่าน หน.กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล และเลขานุการคณะกรรมการสวัสดิการ รพ.ลพ.)

ตามที่นาย/นางนางสาว

ตำแหน่ง

ปฏิบัติงานกลุ่มงาน/หน่วยงาน

ได้ ()

เสียชีวิต เมื่อวันที่

โดยได้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลลำพูน ระยะเวลา.....ปี.....เดือน

ในการนี้ข้าพเจ้า นาย/นางนางสาว

ตำแหน่ง

ขอรับเงินสวัสดิการ

ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ ตามระเบียบโรงพยาบาลลำพูนว่าด้วยการเบิก-จ่ายเงินสวัสดิการโรงพยาบาล ให้กับผู้เสียชีวิตข้างต้น ดังนี้

() ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลลำพูนตั้งแต่ ๒๐ ปี ขึ้นไป ได้รับค่าตอบแทนจำนวนเงิน ๒๐,๐๐๐ บาท

กรณี ณ วันที่ ๓๑ สิงหาคมของแต่ละปี ยอดเงินคงเหลือ ณ วันที่เสียชีวิตมากกว่า ๓ ล้านบาท ให้ได้รับค่าตอบแทน ๒๐,๐๐๐ บาท ยอดเงินคงเหลือ ๒-๓ ล้าน ได้ ๑๐,๐๐๐ บาท ยอดเงินคงเหลือ ๑.๕-๒ ล้าน ได้ ๕,๐๐๐ บาท ยอดเงินคงเหลือต่ำกว่า ๑.๕ ล้านบาท ไม่ได้รับค่าตอบแทน

() ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลลำพูนต่ำกว่า ๒๐ ปี ได้รับค่าตอบแทนตามปฏิบัติงานปีละ ๗๕๐ บาท

ปฏิบัติงานจำนวน.....ปี ได้รับค่าตอบแทนจำนวนเงิน.....บาท

กรณี ณ วันที่ ๓๑ สิงหาคมของแต่ละปี ยอดเงินคงเหลือ ณ วันที่เสียชีวิตมากกว่า ๓ ล้านบาท ให้ได้รับค่าตอบแทน ๗๕๐ บาท ยอดเงินคงเหลือ ๒-๓ ล้าน ได้ ๕๐๐ บาท ยอดเงินคงเหลือ ๑.๕-๒ ล้าน ได้ ๒๕๐ บาท ยอดเงินคงเหลือต่ำกว่า ๑.๕ ล้านบาท ไม่ได้รับค่าตอบแทน

*เศษของปีหากเกิน ๖ เดือน ให้รับเป็น ๑ ปี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(.....) หัวหน้างาน

***หมายเหตุ ***แนบสำเนาใบมรณบัตรและสำเนาทะเบียนบ้าน/บัตรประชาชน



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ

โทร

ที่ ลพ ๐๐๓๓.

วันที่

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการเจ้าหน้าที่ (กรณีเสียชีวิต)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน (ผ่าน หน.กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล และเลขานุการคณะกรรมการสวัสดิการ รพ.ลพ.)

ตามที่นาย/นางนางสาว

ตำแหน่ง

ปฏิบัติงานกลุ่มงาน/หน่วยงาน

ได้ ()

เสียชีวิต เมื่อวันที่

โดยได้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลลำพูน ระยะเวลา.....ปี.....เดือน

ในการนี้ข้าพเจ้า นาย/นางนางสาว

ตำแหน่ง

ขอรับเงินสวัสดิการ

ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ ตามระเบียบโรงพยาบาลลำพูนว่าด้วยการเบิก-จ่ายเงินสวัสดิการโรงพยาบาล ให้กับผู้เสียชีวิตข้างต้น ดังนี้

() ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลลำพูนตั้งแต่ ๒๐ ปี ขึ้นไป ได้รับค่าตอบแทนจำนวนเงิน ๒๐,๐๐๐ บาท

กรณี ณ วันที่ ๓๑ สิงหาคมของแต่ละปี ยอดเงินคงเหลือ ณ วันที่เสียชีวิตมากกว่า ๓ ล้านบาท ให้ได้รับค่าตอบแทน ๒๐,๐๐๐ บาท ยอดเงินคงเหลือ ๒-๓ ล้าน ได้ ๑๐,๐๐๐ บาท ยอดเงินคงเหลือ ๑.๕-๒ ล้าน ได้ ๕,๐๐๐ บาท ยอดเงินคงเหลือต่ำกว่า ๑.๕ ล้านบาท ไม่ได้รับค่าตอบแทน

() ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลลำพูนต่ำกว่า ๒๐ ปี ได้รับค่าตอบแทนตามปฏิบัติงานปีละ ๗๕๐ บาท

ปฏิบัติงานจำนวน.....ปี ได้รับค่าตอบแทนจำนวนเงิน.....บาท

กรณี ณ วันที่ ๓๑ สิงหาคมของแต่ละปี ยอดเงินคงเหลือ ณ วันที่เสียชีวิตมากกว่า ๓ ล้านบาท ให้ได้รับค่าตอบแทน ๗๕๐ บาท ยอดเงินคงเหลือ ๒-๓ ล้าน ได้ ๕๐๐ บาท ยอดเงินคงเหลือ ๑.๕-๒ ล้าน ได้ ๒๕๐ บาท ยอดเงินคงเหลือต่ำกว่า ๑.๕ ล้านบาท ไม่ได้รับค่าตอบแทน

*เศษของปีหากเกิน ๖ เดือน ให้รับเป็น ๑ ปี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(.....) หัวหน้างาน

***หมายเหตุ ***แนบสำเนาใบมรณบัตรและสำเนาทะเบียนบ้าน/บัตรประชาชน