เลขทะเบียนอันดับที่...............................

เพื่อประโยชน์ของท่านและเพื่อความรวดเร็ว
โปรดดำเนินการโดยเคร่งครัด ดังนี้

๑. กรอกข้อมูลให้ชัดเจนครบถ้วน ด้วยปากกาสีเดียวกันและลายมือเดียวกัน
๒. หากมีการแก้ไขข้อมูล ให้ผู้สมัครลงชื่อรับรองการแก้ไขทุกจุด

ได้รับเงินแล้วตามใบเสร็จเลขที่................................
ลงวันที่...
ค่าสมัคร ❑ ๕๐ บาท ❑ ๑๐๐ บาท

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก
การฌาปนกิจสงเคราะห์กรุงเทพมหานคร
(ก.ฌ.กทม.)

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

❑ ข้าราชการกรุงเทพมหานครสามัญ ❑ ข้าราชการครูกรุงเทพมหานคร ❑ ลูกจ้างประจำกรุงเทพมหานคร
❑ คู่สมรสข้าราชการกรุงเทพมหานครสามัญ ❑ คู่สมรสข้าราชการครูกรุงเทพมหานคร ❑ คู่สมรสลูกจ้างประจำกรุงเทพมหานคร
❑ พนักงานประจำของการพาณิชย์กรุงเทพมหานคร ❑ ลูกจ้างชั่วคราวกรุงเทพมหานคร ❑ พนักงานมหาวิทยาลัย
❑ คู่สมรสพนักงานประจำของการพาณิชย์กรุงเทพมหานคร ❑ คู่สมรสลูกจ้างชั่วคราวกรุงเทพมหานคร ❑ คู่สมรสพนักงานมหาวิทยาลัย
❑ พนักงานชั่วคราวของการพาณิชย์กรุงเทพมหานคร ❑ คู่สมรสสมาชิกพ้นราชการแล้ว
❑ คู่สมรสพนักงานชั่วคราวของการพาณิชย์กรุงเทพมหานคร

ชื่อ (ผู้สมัคร) นาย/นาง/นางสาว..ตำแหน่ง..
เลขประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

ฝ่าย/งาน......................................กอง/สำนักงาน/โรงเรียน..สำนัก/สำนักงานเขต...
โทร. (ที่ทำงาน)...............................เกิดเมื่อวันที่..........เดือน................................พ.ศ.................ปัจจุบันอายุ..........ปี.........เดือน.........วัน
ภูมิลำเนา (ปัจจุบัน) บ้านเลขที่................หมู่ที่........ตรอก/ซอย.................................ถนน........................ตำบล/แขวง...........................
อำเภอ/เขต..จังหวัด................................รหัสไปรษณีย์..............................โทร...

สำหรับผู้สมัครที่เป็นคู่สมรสของสมาชิก

เป็น ❑ สามี ของนาง..ตำแหน่ง...
❑ ภรรยา ของนาย...ตำแหน่ง...
ฝ่าย...กอง...สำนัก / สำนักงานเขต...
โทร. (ที่ทำงาน)...เป็นสมาชิกการฌาปนกิจสงเคราะห์กรุงเทพมหานคร เลขทะเบียนที่.............................
หลักฐานทะเบียนสมรสเลขที่...ออก ณ ที่...ลงวันที่...

ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกการฌาปนกิจสงเคราะห์กรุงเทพมหานคร

ข้าพเจ้าได้ทราบและยินยอมปฏิบัติตามระเบียบการฌาปนกิจสงเคราะห์กรุงเทพมหานคร ทุกประการ และยินยอมให้หักเงินค่าฌาปนกิจสงเคราะห์ของข้าพเจ้าและคู่สมรสของข้าพเจ้า ที่ต้องชำระในระหว่างเดือนจากเงินเดือนของข้าพเจ้า ณ ที่จ่าย ถ้าข้าพเจ้าถึงแก่กรรมลง และมีเงินเหลือจากการจัดการศพและการฌาปนกิจสงเคราะห์ของข้าพเจ้ามากน้อยเท่าใด ข้าพเจ้าขอมอบให้

(๑) .... เกี่ยวข้องเป็น....................................
(๒) .... เกี่ยวข้องเป็น....................................
(๓) .... เกี่ยวข้องเป็น....................................

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความในใบสมัครฉบับนี้ถูกต้องและครบถ้วนทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน และเจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร

(ลงนาม) .... ผู้สมัคร
(..)

บุคคลที่สามารถติดต่อได้

๑. ชื่อ..
โทรศัพท์...

(ลงนาม) .... เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร
(..)

๒. ชื่อ..
โทรศัพท์...

(ลงนาม) .... พยานรับรองลายมือชื่อ
(..)

เอกสารประกอบการการสมัคร

<u>เอกสารของผู้สมัคร</u>

๑. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานประจำหรือพนักงานชั่วคราว ของการพาณิชย์ในสังกัดของกรุงเทพมหานคร รวมทั้งพนักงานมหาวิทยาลัยในสังกัดมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช **กรณีไม่มีบัตรดังกล่าวให้ใช้หนังสือรับรองเงินเดือน (อายุไม่เกิน ๑ เดือน)**
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน (เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง)
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง)
๔. ใบรับรองแพทย์ (มีอายุไม่เกิน ๑ เดือน)
๕. สำเนาทะเบียนสมรส (กรณีผู้สมัครเป็นคู่สมรสของสมาชิก)
๖. หลักฐานอื่นๆ เช่น สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ – สกุล

<u>เอกสารของผู้รับผลประโยชน์</u>

๑. สำเนาทะเบียนบ้าน **<u>หรือ</u>** สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (อย่างใดอย่างหนึ่ง) ผู้รับผลประโยชน์เซ็นรับรองสำเนาถูกต้องครบถ้วน

<u>ค่าสมัครตามอัตราดังนี้</u>

อายุไม่เกิน ๔๐ ปีบริบูรณ์ ณ วันสมัคร	คนละ ๕๐ บาท
อายุเกิน ๔๐ ปีขึ้นไป แต่ไม่เกิน ๖๐ ปีบริบูรณ์ ณ วันสมัคร	คนละ ๑๐๐ บาท

<u>หมายเหตุ</u> ***<u>ยื่นใบสมัครด้วยตนเองเท่านั้น</u>***

ค่าสงเคราะห์ฯล่วงหน้าจำนวน ๓๐๐ บาท จะเก็บในเดือนแรกที่เรียกเก็บเงินค่าฌาปนกิจสงเคราะห์

หากหน่วยงานใดมีผู้สนใจสมัครเป็นสมาชิก ก.ฌ.กทม. **ตั้งแต่ ๑๕ คนขึ้นไป**
โปรดแจ้งความประสงค์ได้ที่กลุ่มงานสวัสดิการ สำนักงานการเจ้าหน้าที่ สำนักปลัดกรุงเทพมหานคร เพื่อจัดเจ้าหน้าที่ออกรับสมัครนอกสถานที่ โทร. ๐ ๒๒๒๔ ๓๐๐๑ หรือ ๑๓๒๖, ๑๓๒๗

<u>การเรียกเก็บเงินสงเคราะห์</u>

การฌาปนกิจสงเคราะห์กรุงเทพมหานคร จะเรียกเก็บตามจำนวนสมาชิกที่เสียชีวิต
รายละ <u>๕</u> บาท ทุกเดือน

<u>สำหรับเจ้าหน้าที่</u>

<u>เอกสารประกอบการสมัคร</u>

- ❑ สำเนาบัตรข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ/ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานการพาณิชย์/พนักงานมหาวิทยาลัย/หนังสือรับรองเงินเดือน
- ❑ สำเนาทะเบียนบ้าน
- ❑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ❑ สำเนาทะเบียนสมรส (กรณีผู้สมัครเป็นคู่สมรสสมาชิก)
- ❑ ใบรับรองแพทย์ (อายุไม่เกิน ๑ เดือน)
- ❑ สำเนาทะเบียนบ้าน **<u>หรือ</u>** สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับผลประโยชน์หรือทายาท ครบถ้วนตามระบุ
- ❑ ค่าสมัคร ๕๐ บาท / ๑๐๐ บาท

<u>กรณีหักบัญชีธนาคาร</u>

- ❑ คำร้องขอหักบัญชีธนาคาร
- ❑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ❑ สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย

<u>การตรวจสอบใบสมัคร</u>

- ❑ เขียนด้วยปากกาสีเดียวกันและลายมือเดียวกัน
- ❑ ระบุชื่อผู้รับผลประโยชน์ชัดเจน
- ❑ ลงนามชื่อผู้สมัคร
- ❑ เซ็นชื่อกำกับกรณีมีการแก้ไขข้อมูลทุกจุด
- ❑ รับรองสำเนาถูกต้องครบถ้วน

ระบุเลขที่ใบเสร็จ และวันที่รับสมัครลงในมุมบนด้านขวามือของใบสมัคร และลงชื่อเจ้าหน้าที่รับสมัครทุกครั้ง

ลงชื่อ..เจ้าหน้าที่รับสมัคร
(..)

วันที่..