

ใบเบิกเงินสวัสดิการค่าสงเคราะห์การเสียชีวิตของผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัย

กองทุนสวัสดิการมหาวิทยาลัยบูรพา

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน

๑. ข้าพเจ้า.....(เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านบุคคล)
ตำแหน่ง.....สังกัด ภาควิชา/ส่วนงาน.....

๒. ส่วนงานขอเบิกเงินสวัสดิการค่าสงเคราะห์การเสียชีวิตของผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัย (ให้จ่ายจริงคนละไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท)

ชื่อ-นามสกุล (ผู้ปฏิบัติงานเสียชีวิต).....ตำแหน่ง.....

สังกัด ภาควิชา/ส่วนงาน.....

โดยค่าสงเคราะห์การเสียชีวิตของผู้ปฏิบัติงานให้จ่ายให้กับผู้จัดการงานศพชื่อ-นามสกุล.....

หลักฐานที่ต้องแนบ

๑.สำเนาใบมรณะบัตรผู้ปฏิบัติงาน

๒.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้จัดการงานศพ

๓.ใบสำคัญรับเงินโดยผู้จัดการงานศพพร้อมคำรับรองการเป็นผู้จัดการงานศพ

คำรับรองการเป็นผู้จัดการงานศพ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า.....(ชื่อ-นามสกุล ผู้จัดการงานศพ) ได้เป็นผู้จัดการงานศพ
และรับเงินค่าสงเคราะห์การเสียชีวิตของผู้ปฏิบัติงาน จำนวนเงิน.....บาท
(.....) จริง

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงิน (เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านบุคคล)

(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

๓. ส่วนงานขอเบิกค่าสนับสนุนค่าพวงหรีด (ในนามมหาวิทยาลัยคนละไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท และในนามส่วนงานคนละไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท)

หลักฐานแนบ

๑.สำเนาใบมรณะบัตรผู้ปฏิบัติงาน

๒.ใบสำคัญรับเงิน (โดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านบุคคล ลงนามผู้รับเงิน)

๓. ใบเสร็จรับเงิน

๔. ส่วนงานขอเบิกค่าสนับสนุนค่าพาหนะเหมาะจ่าย เพื่อไปร่วมงานสมรส งานอุปสมบท งานศพของผู้ปฏิบัติงาน
(เท่าที่จ่ายจริง งานละไม่เกิน ๒๐,๐๐๐ บาท)

หลักฐานแนบ

๑.ใบสำคัญรับเงิน (โดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านบุคคล ลงนามผู้รับเงิน) ๒. ใบเสร็จรับเงิน หรือ หลักฐานการจ่ายเงินอื่น

การตรวจสอบ

เสนอ.....

๑. ข้าพเจ้า ได้ตรวจสอบใบขอเบิกเงินสวัสดิการฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้ขอรับเงินสวัสดิการฯ มีสิทธิเบิกเงินสวัสดิการฯ ได้ตามประกาศ
คณะกรรมการสวัสดิการ มหาวิทยาลัยบูรพา

๒. ผู้ขอรับสวัสดิการฯ มีสิทธิเบิกตามจำนวนเงินที่ขอเบิก.....บาท จริง ไม่เกินอัตราที่กำหนดต่อปี

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ใบรับเงิน

ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการตามประกาศคณะกรรมการสวัสดิการ มหาวิทยาลัยบูรพา

จำนวนเงิน.....บาท (.....) ว่างถูกต้อง/ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

หมายเหตุ

- ผู้มีสิทธิ หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัย ตามมาตรา ๔ แห่ง พระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. ๒๕๕๐
- อัตรา หมายถึง อัตราตามประกาศคณะกรรมการสวัสดิการ มหาวิทยาลัยบูรพา