

คำขอรับเงินค่าชดเชยพนักงานมหาวิทยาลัยกรณีลาออกจากงานอายุ 55 ปี ขึ้นไป/ กรณีเสียชีวิต

ส่วนที่ ๑. สำหรับผู้ยื่นคำขอเบิก

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่

ข้าพเจ้า.....เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

() เป็นบุคคลผู้ถูกระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงิน () เป็นคู่สมรสตามกฎหมาย

() เป็นบุตรตามกฎหมาย () เป็นบิดามารดาตามกฎหมาย

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน..... ซอย.....

ตำบล..... อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

เคยเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตำแหน่ง

สังกัดภาควิชา/หน่วยงาน.....คณะ/กอง.....

* บรรจวันที่ ได้รับเงินเดือนครั้งสุดท้าย บาท ได้ออกจากงานเนื่องจาก

.....เมื่อวันที่

พร้อมนี้ได้แนบสำเนาเอกสาร ดังนี้ .-

() สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอเบิก

() สำเนาทะเบียนราษฎรของผู้ยื่นคำขอเบิก

() สำเนาหนังสือแสดงเจตนาระบุผู้รับเงิน

() สำเนาใบมรณบัตร เลขที่ ลงวันที่ กรณีพนักงานฯ เสียชีวิต

() สำเนาสมุดคู่ฝากธนาคาร เลขที่บัญชี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เป็นผู้มิสิทธิได้รับค่าชดเชยกรณีออกจากงาน ตามข้อบังคับมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ว่าด้วยการบริหารงานบุคคล พ.ศ.๒๕๕๙ หากปรากฏภายหลังว่า ข้าพเจ้าไม่มีสิทธิได้รับค่าชดเชยดังกล่าว และก่อให้เกิดความเสียหายแก่มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หรือ บุคคลหนึ่งบุคคลใด ข้าพเจ้าขอเป็นผู้รับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

(ลงชื่อ) (ผู้ยื่นคำขอ)

(.....)

* วันบรรจุ / หรือวันเปลี่ยนสถานภาพ / หรือวันที่ข้อบังคับมีผลบังคับใช้

ส่วนที่ ๒. สำหรับคณบดี/ผู้อำนวยการต้นสังกัดของผู้ยื่นคำขอเบิก

ขอรับรองว่าผู้ยื่นคำขอเบิกมิสิทธิได้รับค่าชดเชยตามข้อบังคับมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ว่าด้วยการบริหารงานบุคคล พ.ศ.๒๕๕๙

(ลงชื่อ) คณบดี/ผู้อำนวยการ

(.....)

วันที่ เดือน..... พ.ศ.

ส่วนที่ ๓. สำหรับกองการเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบคำขอรับค่าชดเชยนี้แล้ว ขอรับรองว่าเป็น
() พนักงานมหาวิทยาลัย () พนักงานมหาวิทยาลัยเงินรายได้ () พนักงานมหาวิทยาลัยเปลี่ยนสถานภาพ
บรรจวันที่ ได้รับเงินเดือนครั้งสุดท้าย บาท ได้ออกจากงานเนื่องจาก
.....เมื่อวันที่ มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเพื่อได้รับ
ค่าชดเชยกรณีออกจากงานตามข้อบังคับมหาวิทยาลัย ฯ..... ปี เดือน วัน มีสิทธิได้รับค่าชดเชย อัตรา
..... เท่า ของเงินเดือน เป็นเงิน บาท (.....)

(ลงชื่อ) ผู้ตรวจสอบ (ลงชื่อ) หัวหน้างานสวัสดิการ
(.....) (.....)
วันที่ เดือน..... พ.ศ. วันที่ เดือน..... พ.ศ.

เรียน รองอธิการบดีทรัพยากรบุคคลและพัฒนาคุณภาพ

- () เห็นสมควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้
- () ไม่เห็นสมควรอนุมัติ เนื่องจาก

(ลงชื่อ)
(นายสิทธิศักดิ์ สมบัติยานุชิต)
ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่
วันที่ เดือน..... พ.ศ.

- () อนุมัติ
- () ไม่อนุมัติ

(ลงชื่อ)
(นายบุญประสิทธิ์ กฤตย์ประชา)
รองอธิการบดีฝ่ายทรัพยากรบุคคลและพัฒนาคุณภาพ
วันที่ เดือน..... พ.ศ.

ส่วนที่ ๔. สำหรับกองคลังผู้จ่ายเงิน

ได้จ่ายเงินค่าชดเชยจำนวน บาท (.....)

(ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน
(.....)
วันที่ เดือน..... พ.ศ.