



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดปัตตานี (ฝ่ายบริหารทั่วไป) โทร. ๐-๗๓๓๓-๖๐๔๔  
ที่ ปน ๐๐๒๓.๑/ ๓๖๖ วันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง ประชาสัมพันธ์หลักเกณฑ์การขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือบุคลากรในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น  
เรียน ผู้อำนวยการกลุ่มงาน ทุกกลุ่มงาน หัวหน้าฝ่ายบริหารทั่วไป และท้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ

ด้วยสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดปัตตานีได้รับแจ้งจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ว่า อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้โปรดเห็นชอบหลักเกณฑ์การขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือบุคลากรในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น เพื่อเสริมสร้างขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากร ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ราชการในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ในการนี้ จึงขอให้แจ้งประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในสังกัดทราบหลักเกณฑ์การขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือบุคลากรในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น รายละเอียดตามสำเนาหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ที่ มท ๐๘๐๒.๒/ว ๙๕ ลงวันที่ ๙ มกราคม ๒๕๖๗ ที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการและพนักงานราชการในสังกัดทราบต่อไป

(นายอรรถพร คณานุรักษ์)  
ท้องถิ่นจังหวัดปัตตานี



ที่ มท ๐๘๐๒.๒/ว ๙๕

ถึง สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดทุกจังหวัด

สจ. ปัตตานี

รับที่ ๘๔๗

วันที่ 30 มี.ค. 25๖๗

เวลา 14.00 น.

ด้วยอธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้โปรดเห็นชอบหลักเกณฑ์การขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือบุคลากรในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น เพื่อเป็นการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากร ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ราชการในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

ในการนี้ กองการเจ้าหน้าที่ขอให้นำนโยบายแจ้งประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในสังกัดทราบ หลักเกณฑ์การขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือบุคลากรในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ทั้งนี้ สามารถดาวน์โหลดหลักเกณฑ์การขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ รวมถึงแบบคำขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ ได้ทาง QR Code ที่ปรากฏท้ายหนังสือนี้ หรือที่เว็บไซต์กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น [www.dla.go.th](http://www.dla.go.th) หัวข้อ “หน่วยงานภายใน” หน่วยงาน “กองการเจ้าหน้าที่” เมนู “สวัสดิการ” และสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ Facebook “สวัสดิการ กรมท้องถิ่น DLA” หรือกองการเจ้าหน้าที่ (นายชิตพัชร สุขชี) หมายเลขโทรศัพท์ ๐๒ ๒๔๑ ๙๐๐๐ ต่อ ๑๒๐๘ รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่ส่งมาพร้อมนี้



หลักเกณฑ์การขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ  
/อินโฟกราฟิก



แบบฟอร์มคำขอรับเงิน

กองการเจ้าหน้าที่

กลุ่มงานบริหารผลการปฏิบัติงาน และสวัสดิการ

โทร. ๐ ๒๒๔๑ ๙๐๐๐ ต่อ ๑๒๐๘

โทรสาร ๐ ๒๒๔๓ ๖๖๓๗

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ [saraban@dl.go.th](mailto:saraban@dl.go.th)

ผู้ประสานงาน

นายชิตพัชร สุขชี ๐๘ ๑๙๓๘ ๒๕๐๓



## หลักเกณฑ์

### การขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือบุคลากรในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

#### ๑. บุคลากรผู้มีสิทธิขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ ได้แก่

- ๑.๑ ข้าราชการพลเรือนสามัญ
- ๑.๒ ลูกจ้างประจำ
- ๑.๓ พนักงานราชการ
- ๑.๔ ข้าราชการที่ได้รับบำนาญ หรือลูกจ้างประจำที่ได้รับบำเหน็จรายเดือน ณ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

#### ๒. คุณสมบัติผู้ขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ

เป็นข้าราชการพลเรือนสามัญ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และข้าราชการที่ได้รับบำนาญ หรือลูกจ้างประจำที่ได้รับบำเหน็จรายเดือน ณ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

#### ๓. วิธีการขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ

แจ้งความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ ตามแบบฟอร์มที่กำหนด พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบให้กองการเจ้าหน้าที่ (กลุ่มงานบริหารผลการปฏิบัติงาน และสวัสดิการ) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๓.๑ บุคลากรที่ปฏิบัติราชการในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ให้ยื่นผ่านต้นสังกัด (สำนัก/กอง/สภ.)

๓.๒ บุคลากรที่เกษียณอายุราชการ ณ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ให้ยื่นที่กองการเจ้าหน้าที่

#### ๔. การจ่ายเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ แบ่งเป็น ๔ ประเภท ดังนี้

##### ๔.๑ การรักษาพยาบาล

(๑) กรณีเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ในสถานพยาบาล (Admit) ติดต่อกันตั้งแต่ ๓ คืนขึ้นไป ให้จ่ายเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ รายละ ๓,๐๐๐ บาท จ่ายเงินไม่เกินปีละ ๓ ครั้ง

(๒) กรณีบาดเจ็บจนถึงขั้นพิการ หรือเป็นผู้ป่วยติดเตียง ให้จ่ายเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ รายละ ๕,๐๐๐ บาท

##### ๔.๒ การประสาธน์พิบัติ อัคคีภัย วาตภัย อุทกภัย

(๑) กรณีก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย ให้จ่ายเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ รายละ ๓,๐๐๐ บาท

(๒) กรณีก่อให้เกิดความเสียหายแก่ที่อยู่อาศัยประจำของผู้มีสิทธิขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ ให้จ่ายเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ ครอบครัวยุติ ๓,๐๐๐ บาท

##### ๔.๓ การสนับสนุนเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ ในการจัดการศพตามประเพณี

กรณีคู่สมรส หรือบุตรของผู้มีสิทธิขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ เสียชีวิตให้จ่ายเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ รายละ ๓,๐๐๐ บาท

##### ๔.๔ การช่วยเหลืออื่น ๆ

กรณีที่ผู้มีสิทธิขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ มีปัญหาความเดือดร้อน ยากลำบาก มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต จะพิจารณาเป็นรายกรณีจ่ายเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ รายละไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท ปีละไม่เกิน ๒ ครั้ง

## ๕. ขั้นตอนการขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ

๕.๑ ผู้มีสิทธิขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ สามารถขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือบุคลากรในสังกัด กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ดังนี้

(๑) กรณีข้าราชการพลเรือนสามัญ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ตามข้อ ๑.๑ – ๑.๓ สามารถยื่นคำขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ ตามแบบฟอร์มที่กำหนด พร้อมเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง ได้ที่สำนัก/กอง/สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด

(๒) กรณีข้าราชการที่ได้รับบำนาญ หรือลูกจ้างประจำที่ได้รับบำเหน็จรายเดือน ณ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ตามข้อ ๑.๔ สามารถยื่นคำขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ ตามแบบฟอร์มที่กำหนด พร้อมเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง ได้ที่กองการเจ้าหน้าที่ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

๕.๒ สำนัก/กอง/สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง และขอให้ผู้อำนวยการสำนัก/กอง หรือท้องถิ่นจังหวัดลงนามรับรองว่าเป็นผู้มีสิทธิสมควรได้รับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ จริง โดยจัดส่งให้กองการเจ้าหน้าที่ ภายใน ๙๐ วัน นับแต่วันที่มีเหตุตามข้อ ๔

๕.๓ กองการเจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง หากเป็นไปตามหลักเกณฑ์การขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือบุคลากรในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กองการเจ้าหน้าที่จะเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาการจ่ายเงินสวัสดิการช่วยเหลือบุคลากรในสังกัด กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น เมื่อคณะกรรมการฯ มีมติเห็นชอบแล้ว จะเสนอผู้มีอำนาจพิจารณาอนุมัติเบิกจ่ายเงินช่วยเหลือต่อไป

๕.๔ เมื่อได้ดำเนินการตาม ข้อ ๕.๑ – ๕.๓ เรียบร้อยแล้ว จะดำเนินการ ดังนี้

(๑) กรณีผลการพิจารณาไม่อนุมัติการจ่ายเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ กองการเจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งกลับถึงผู้ยื่นคำขอทราบ

(๒) กรณีผลการพิจารณาอนุมัติการจ่ายเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ กองการเจ้าหน้าที่จะดำเนินการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ ให้แก่ผู้ขอรับเงินช่วยเหลือดังกล่าวต่อไป

## ๖. ระยะเวลาการขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ

ยื่นขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ ภายใน ๙๐ วัน เว้นแต่มีเหตุจำเป็น

## ๗. หลักฐานการขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ

หลักฐานที่ต้องใช้ยื่นทุกประเภทของเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ ตามข้อ ๔ มี ดังนี้

- ๑) แบบฟอร์มคำขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือบุคลากรในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
- ๒) สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ ผู้รับบำเหน็จบำนาญ

| สวัสดิการ                                    | หลักฐานการขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ                                                 |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| ๑. การรักษาพยาบาล                            | - สำเนาใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล หรือหลักฐานจากสถานพยาบาลรับรองการเป็นไข้ไม่น้อยกว่า ๓ คืน |
|                                              | - หลักฐานที่แสดงว่าผู้นั้นบาดเจ็บจนถึงขั้นพิการ หรือเป็นผู้ป่วยติดเตียง                |
| ๒. การประสพภัยพิบัติ อัคคีภัย วาตภัย อุทกภัย | - ภาพถ่ายทรัพย์สินที่เสียหาย                                                           |
|                                              | - สำเนาทะเบียนบ้าน                                                                     |
|                                              | - ใบรับรองแพทย์กรณีประสพภัยและได้รับอันตราย                                            |
|                                              | - สำเนาเอกสารหลักฐานแสดงกรรมสิทธิ์ในทรัพย์สินที่เสียหาย หรือสัญญาเช่า                  |

| สวัสดิการ                                                                                                               | หลักฐานการขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ๓. การสนับสนุนเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ ในการจัดการศพตามประเพณี                                                           | - สำเนาใบมรณบัตร                                                                                            |
|                                                                                                                         | - สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ถึงแก่กรรม (แจ้งตายแล้ว)                                                            |
|                                                                                                                         | กรณีนามสกุลไม่ตรงกับผู้มีสิทธิขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ ต้องแนบเอกสารเพิ่มเติม                           |
| ๔. การช่วยเหลืออื่น ๆ                                                                                                   | - หนังสือข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสภาพปัญหา พร้อมอธิบายรายละเอียดของปัญหา<br>- เอกสารแสดงรายได้ ๓ เดือนย้อนหลัง |
| จัดส่งเอกสารตามข้อ ๑ - ๔ แล้วแต่กรณี และเอกสารอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการฯ ร้องขอ จำนวน ๑ ชุด พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ |                                                                                                             |

#### หมายเหตุ

๑. คณะกรรมการฯ จะเป็นผู้พิจารณาตัดสินโดยคำตัดสินของคณะกรรมการฯ ถือเป็นที่สุด
๒. กรณีได้รับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ มากกว่า ๑ ประเภท ให้เบิกจ่ายสูงสุดเพียงประเภทเดียว

#### ๘. ระยะเวลาดำเนินการ

ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗ (กำหนดเวลาดังกล่าวหากพบว่าการดำเนินการจัดสวัสดิการดังกล่าวนี้ไม่กระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายของเงินกองทุนสวัสดิการกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น จะเสนอเพื่อขออนุมัติให้ดำเนินการในปีงบประมาณต่อไป)



# คำขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือบุคลากรในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....เลขประจำตัวประชาชน.....

☐ ข้าราชการ ☐ ลูกจ้างประจำ ☐ พนักงานราชการ ☐ ข้าราชการที่ได้รับบำนาญ

☐ ลูกจ้างประจำที่ได้รับบำเหน็จรายเดือน ☐ ทายาท/บุพการี/คู่สมรส ของ.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ ประเภท ☐ การรักษาพยาบาล ☐ การประสภภัยพิบัติ  
อัคคีภัย วาตภัย อุทกภัย ☐ การจัดการศพตามประเพณี ☐ การช่วยเหลืออื่น ๆ

โดยข้าพเจ้าได้แนบสำเนาบัตรประชาชนและหลักฐานประกอบการพิจารณาตามหลักเกณฑ์การขอรับเงิน  
สวัสดิการช่วยเหลือบุคลากรฯ ไว้ท้ายนี้แล้ว และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นขอรับเงิน  
(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผอ.สำนัก/กอง หรือ ทลจ.)

☐ ขอรับรองว่ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ

☐ ขอรับรองว่าไม่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ

เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เรียน อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการช่วยเหลือบุคลากรฯ ของ.....

จำนวนเงิน.....บาท (.....)

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่

☐ อนุมัติให้เบิกจ่ายเงินสวัสดิการช่วยเหลือบุคลากรฯ ของ.....

จำนวนเงิน.....บาท (.....)

☐ ไม่อนุมัติให้เบิกจ่ายเงินสวัสดิการช่วยเหลือบุคลากรฯ เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ตำแหน่ง รองอธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ปฏิบัติราชการแทน

อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

หลักฐานการยื่นคำขอรับเงิน

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานการรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือฯ โดยโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์  
เลขที่.....เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นขอรับเงิน

(.....)

รายละเอียดหลักเกณฑ์และหลักฐานประกอบการขอรับเงินช่วยเหลือบุคลากร

ในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

| สวัสดิการ                                                                                                                   | จำนวนเงิน                             | หลักเกณฑ์                                                        | หลักฐานการขอรับเงินช่วยเหลือ                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ๑. การรักษาพยาบาล                                                                                                           | (๑) ๓,๐๐๐ บาท                         | - Admit ติดต่อกันตั้งแต่ ๓ คืนขึ้นไป                             | <input type="radio"/> สำเนาใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล หรือหลักฐานจากสถานพยาบาลรับรองการเป็น คนไข้ไม่น้อยกว่า ๓ คืน                                       |
|                                                                                                                             | (๒) ๕,๐๐๐ บาท                         | - บาดเจ็บจนถึงขั้นพิการ หรือเป็นผู้ป่วยติดเตียง                  | <input type="radio"/> หลักฐานที่แสดงว่าผู้นั้นบาดเจ็บจนถึงขั้นพิการ หรือเป็นผู้ป่วยติดเตียง                                                         |
| ๒. การประสพภัย พิบัติ อัคคีภัย วาตภัย อุทกภัย                                                                               | (๑) ๓,๐๐๐ บาท                         | - เกิดอันตรายแก่ร่างกาย                                          | <input type="radio"/> ภาพถ่ายทรัพย์สินที่เสียหาย                                                                                                    |
|                                                                                                                             | (๒) ๓,๐๐๐ บาท                         | - เกิดความเสียหายแก่ที่อยู่อาศัยประจำ                            | <input type="radio"/> สำเนาทะเบียนบ้าน                                                                                                              |
|                                                                                                                             |                                       |                                                                  | <input type="radio"/> ใบรับรองแพทย์กรณีประสพภัยและ ได้รับอันตราย                                                                                    |
|                                                                                                                             |                                       |                                                                  | <input type="radio"/> สำเนาเอกสารหลักฐานแสดงกรรมสิทธิ์ในทรัพย์สินที่เสียหาย หรือสัญญาเช่า                                                           |
| ๓. การสนับสนุนเงินช่วยเหลือในการจัดการศพตามประเพณี                                                                          | ๓,๐๐๐ บาท                             | - คู่สมรส หรือ บุตร เสียชีวิต                                    | <input type="radio"/> สำเนาใบมรณบัตร                                                                                                                |
|                                                                                                                             |                                       |                                                                  | <input type="radio"/> สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ถึงแก่กรรม (แจ้งตายแล้ว)                                                                                |
|                                                                                                                             |                                       |                                                                  | <input type="radio"/> กรณีนามสกุลไม่ตรงกับผู้มีสิทธิขอรับเงินช่วยเหลือต้องแนบเอกสารเพิ่มเติม                                                        |
| ๔. การช่วยเหลืออื่น ๆ                                                                                                       | ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท ปีละไม่เกิน ๒ ครั้ง | - มีปัญหาความเดือดร้อนยากลำบาก มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต | <input type="radio"/> หนังสือข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสภาพปัญหา พร้อมอธิบายรายละเอียดของปัญหา<br><input type="radio"/> เอกสารแสดงรายได้ ๓ เดือนย้อนหลัง |
| จัดส่งเอกสารตามข้อ ๑ - ๔ แล้วแต่กรณี และเอกสารอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการฯ ร้องขอ<br>จำนวน ๑ ชุด พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ |                                       |                                                                  |                                                                                                                                                     |

กองการเจ้าหน้าที่

กลุ่มงานบริหารผลการปฏิบัติงาน และสวัสดิการ

Facebook fan page สวัสดิการ กรมท้องถิ่น DLA

โทรศัพท์ ๐๘-๑๙๓๘-๒๕๐๓ หรือ ๐ ๒๒๔๑ ๙๐๐๐ ต่อ ๑๒๐๘



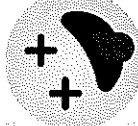
# หลักเกณฑ์การขอรับเงินสวัสดิการ ช่วยเหลือบุคลากรในสังกัด กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น



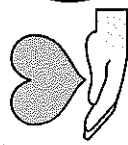
การรักษา  
พยาบาล



การประสบภัยพิบัติ  
อัคคีภัย ว่างภัย  
อุทกภัย



การสนับสนุนเงินช่วยเหลือในการจัดการศพ  
ตามประเพณี



การช่วยเหลืออื่น ๆ

- Admit ติดต่อกันตั้งแต่ 3 คืนขึ้นไป 3,000 บาท
- บาดเจ็บจนถึงขั้นพิการ หรือเป็นผู้ป่วยติดเตียง 5,000 บาท
- เกิดอันตรายแก่ร่างกาย 3,000 บาท
- เกิดความเสียหายแก่ที่อยู่อาศัยประจำ 3,000 บาท
- คู่สมรส หรือบุตร เสียชีวิต 3,000 บาท
- มีปัญหาความเดือดร้อน ยากลำบาก มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ไม่เกิน 5,000 บาท

กลุ่มงานบริหารผลการปฏิบัติงาน และสวัสดิการ กองการเจ้าหน้าที่



02-241-9000 ต่อ 1208



สวัสดิการ กรมท้องถิ่น DLA



welfare.dla0802@gmail.com