

แบบขอรับเงินช่วยเหลือกรณีเสียชีวิต

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน ประธานอนุกรรมการกองทุนป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด

ด้วยข้าพเจ้า ตำแหน่ง.....

เกี่ยวข้องกับ ซึ่งเสียชีวิตเนื่องจากปฏิบัติหน้าที่ในการ

ป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ในฐานะ.....

ขอเรียนข้อเท็จจริง ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. ชื่อ ซึ่งเสียชีวิตเนื่องจาก

ปฏิบัติหน้าที่ในการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิด เกี่ยวกับยาเสพติด มีตำแหน่ง.....

..... สังกัด.....

อายุ ปี อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย.....

ถนน ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต จังหวัด

โทรศัพท์

๒. วัน/เดือน/ปี/เวลา/สถานที่เกิดเหตุ

.....
.....
.....

๓. เจ้าหน้าที่ร่วมปฏิบัติการ

๓.๑.....

สังกัด.....

๓.๒

สังกัด.....

๓.๓

สังกัด.....

๓.๔

สังกัด.....

๔. รายละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติการจนเป็นเหตุให้เสียชีวิต

.....
.....
.....

๕. ชื่อผู้ต้องหาหรือจำเลย

.....
.....
.....

๖. รายละเอียดเกี่ยวกับทายาทของผู้เสียชีวิต

๖.๑ บิดาชื่อ เชื้อชาติ.....
สัญชาติ อายุ ปี อาชีพ..... ปัจจุบันยังมีชีวิตอยู่หรือไม่.....

๖.๒ มารดาชื่อ เชื้อชาติ.....
สัญชาติ อายุ ปี อาชีพ ปัจจุบันยังมีชีวิตอยู่หรือไม่.....

๖.๓ คู่สมรสชื่อ เชื้อชาติ.....
สัญชาติ อายุ ปี อาชีพ ปัจจุบันยังมีชีวิตอยู่หรือไม่.....

๖.๔ ผู้เสียชีวิตมีบุตร จำนวน คน คือ

๖.๔.๑ ชื่อ..... อายุ..... ปี
ปัจจุบัน (ทำงาน/กำลังศึกษาระดับ)

๖.๔.๒ ชื่อ..... อายุ..... ปี
ปัจจุบัน (ทำงาน/กำลังศึกษาระดับ)

๖.๔.๓ ชื่อ..... อายุ..... ปี
ปัจจุบัน (ทำงาน/กำลังศึกษาระดับ)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือแก่ทายาทของ.....
.....

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

คำรับรอง

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง
สังกัด ขอรับรองว่า
ได้เสียชีวิตอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุหน้าทึบในการป้องกันและปราบปรามการกระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติด และ
ข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้รับรอง
(.....)

หมายเหตุ ผู้รับรองจะต้องเป็นข้าราชการซึ่งเกี่ยวข้องกับกรณีที่ร้องขอ ระดับตั้งแต่ผู้อำนวยการกอง ผู้บังคับ
การตำรวจ หรือเทียบเท่าขึ้นไป