

สมาคริสตจักรในประเทศไทย

รายละเอียดพนักงานประจำปี พ.ศ. 25..... สำหรับ PAY ROLL PROGRAM

A. ข้อมูลส่วนตัวของพนักงาน

- รหัสนี้ แผนก/ฝ่าย.....รหัสนี้พนักงาน.....เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
- ตำแหน่ง.....แผนก/ฝ่าย.....หน่วยงาน.....
- ชื่อ (นาย/นาง/น.ส.).....นามสกุล.....
ชื่อภาษาอังกฤษ (Mr./Mrs./Miss).....
เกิดเมื่อ วัน/เดือน/ปี พ.ศ...../...../.....อายุ.....เลขที่บัตรประชาชน.....
- วุฒิการศึกษา ☐ ปริญญาตรี สาขาวิชา.....สถานศึกษา.....
☐ ปริญญาโท สาขาวิชา.....สถานศึกษา.....
☐ ปริญญาเอก สาขาวิชา.....สถานศึกษา.....
☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....สาขาวิชา.....สถานศึกษา.....
- ที่อยู่ตามบัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....
ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....E-mail
- เริ่มทำงานวันที่ (วัน/เดือน/ปี)...../...../.....หน่วยงาน.....
- เคยทำงานในหน่วยงานหรือสถาบัน อื่นสังกัดสมาคริสตจักรฯ สิ้นสุด ตั้งแต่วันที่/...../.....ถึง...../...../.....
- รหัสประจำตัวผู้เสียภาษีอากร (10 ตัว) (ถ้ามี)
- เลขที่บัญชีธนาคารเพื่อโอนเงินเดือน ☐ กรุงไทย สาขา.....เลขที่บัญชี.....
- หักกัเงินหน่วยงานสวัสดิการหรือไม่ ☐ กู้ ☐ ไม่กู้ ระยะเวลากู้.....ปีเดือน เงินกู้เหลือ.....ปี
- รายการเงินได้ที่ได้รับการยกเว้น ☐ ผู้มีเงินได้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป ในปีภาษี ยกเว้นเงินได้ 190,000 บาท

B. รายการหักลดหย่อนของพนักงาน

- สถานภาพปัจจุบัน ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่าร้าง ☐ หม้าย จดทะเบียนสมรส/หย่า เมื่อวันที่.....
ทะเบียนสมรส/หย่าเลขที่.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
ชื่อคู่สมรส.....นามสกุล.....เลขที่บัตรประชาชน.....
คู่สมรสมีเงินได้หรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี อาชีพปัจจุบัน.....ตำแหน่ง.....
โทรศัพท์.....E-mail
- จำนวนบุตร.....คน (ไม่จำกัดจำนวนคน)
ชื่อบุตร 1.....วันเดือนปีเกิด...../...../.....อายุ.....ปี ☐ ศึกษา ☐ ไม่ศึกษา
เลขที่บัตรประชาชน.....อาชีพ.....ตำแหน่ง.....
ชื่อบุตร 2.....วันเดือนปีเกิด...../...../.....อายุ.....ปี ☐ ศึกษา ☐ ไม่ศึกษา
เลขที่บัตรประชาชน.....อาชีพ.....ตำแหน่ง.....
ชื่อบุตร 3.....วันเดือนปีเกิด...../...../.....อายุ.....ปี ☐ ศึกษา ☐ ไม่ศึกษา
เลขที่บัตรประชาชน.....อาชีพ.....ตำแหน่ง.....

3. เงินลดหย่อนบิดา/มารดา (คนละ30,000บาท)กรณีบิดา/มารดาไม่มีรายได้และพนักงานเป็นผู้เลี้ยงดู ให้กรอกเลขบัตรประชาชน
- ☐ บิดาของผู้มีเงินได้ เลขที่บัตรประชาชน 13 หลัก
- ☐ มารดาของผู้มีเงินได้ เลขที่บัตรประชาชน 13 หลัก
- ☐ บิดาของคู่สมรส เลขที่บัตรประชาชน 13 หลัก
- ☐ มารดาของคู่สมรส เลขที่บัตรประชาชน 13 หลัก
4. กรมธรรม์ประกันชีวิตแบบ.....ปี (ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป หักเบี้ยประกันสูงสุดไม่เกิน 100,000 บาท และหักเบี้ยประกันชีวิตแบบบำนาญได้เพิ่มอีกร้อยละ 15 ของเงินได้พึงประเมิน แต่ไม่เกิน 200,000 บาท รวมแล้วไม่เกิน 300,000 บาท)
1. ชื่อบริษัทประกัน.....เลขที่กรมธรรม์.....เบี้ยประกันต่อปี.....บาท
2. ชื่อบริษัทประกัน.....เลขที่กรมธรรม์.....เบี้ยประกันต่อปี.....บาท
3. ชื่อบริษัทประกัน.....เลขที่กรมธรรม์.....เบี้ยประกันต่อปี.....บาท
4. ชื่อบริษัทประกัน.....เลขที่กรมธรรม์.....เบี้ยประกันต่อปี.....บาท
5. ชื่อบริษัทประกัน.....เลขที่กรมธรรม์.....เบี้ยประกันต่อปี.....บาท
6. ชื่อบริษัทประกัน.....เลขที่กรมธรรม์.....เบี้ยประกันต่อปี.....บาท
5. กรมธรรม์ประกันชีวิตแบบ.....ปีคู่สมรสไม่มีเงินได้(ขั้นต่ำ10 ปี และหักเบี้ยประกันสูงสุดรวมแล้วไม่เกิน 10,000 บาท)
1. ชื่อบริษัทประกัน.....เลขที่กรมธรรม์.....เบี้ยประกันต่อปี.....บาท
2. ชื่อบริษัทประกัน.....เลขที่กรมธรรม์.....เบี้ยประกันต่อปี.....บาท
6. เบี้ยประกันสุขภาพบิดา/มารดา (สูงสุดไม่เกิน 15,000 บาท)
- ☐ บิดาของผู้มีเงินได้บาท ☐ บิดาของคู่สมรสบาท
- ☐ มารดาของผู้มีเงินได้บาท ☐ มารดาของคู่สมรสบาท
7. เงินซื้อหน่วยลงทุนเพื่อการเลี้ยงชีพ.....บาท(ไม่เกิน15% ของรายได้สูงสุดไม่เกิน500,000บาท)ระยะเวลาหมดอายุ.....ปี
8. เงินซื้อหน่วยลงทุนกองทุนระยะยาว..... บาท (ไม่เกิน15% ของรายได้สูงสุดไม่เกิน500,000บาท)ระยะเวลาหมดอายุ.....ปี
9. หักลดหย่อนดอกเบี้ยกู้ซื้อบ้าน / สร้างอาคารที่อยู่อาศัย หรือไม่ ☐ หัก (สูงสุดไม่เกิน 100,000 บาท) ☐ ไม่หัก
- ☐ ทั้งหมด ☐ ครึ่งหนึ่ง ☐ อื่น.....
- โปรดระบุจำนวนเงินเฉพาะดอกเบี้ยเงินกู้บ้าน/ต่อปี.....บาท(ไม่ใช่จำนวนเงินซื้อบ้าน/สร้างอาคารที่อยู่อาศัย)
10. เงินบริจาคสนับสนุนการศึกษาสะสมต่อปี.....บาท(หักได้2เท่าแต่ไม่เกิน10%ของยอดเงินหลังหักลดหย่อน&ค่าใช้จ่ายอื่นๆแล้ว)
11. เงินบริจาคเพื่อวัด/โบสถ์/สาธารณกุศลสะสมต่อปี.....บาท(ไม่เกิน10%ของยอดเงินหลังหักลดหย่อน&ค่าใช้จ่ายอื่นๆแล้ว)
12. หักลดหย่อนค่าอุปการะเลี้ยงดูบุคคลซึ่งพิการ หรือทุพพลภาพ ที่มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมาย หรือบุคคลซึ่งเป็นคนทุพพลภาพอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของผู้มีเงินได้ (เพียง 1 คน หักลดหย่อนได้ 60,000 บาท)
- ☐ เลขที่บัตรประจำตัวคนพิการชื่อ.....นามสกุล.....
- ☐ เลขที่บัตรประชาชนของคนทุพพลภาพ.....ชื่อ.....นามสกุล.....
- ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง
- ลงชื่อ.....
- (.....)
-/...../.....

หมายเหตุ โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการทำเงินเดือน และโปรดส่งคืนหน่วยงานบุคลากร ทางหน่วยงานบุคลากร

จะไม่รับผิดชอบ หากในกรณีที่ท่านกรอกข้อมูลไม่ครบถ้วน ซึ่งจะมีผลในการคำนวณภาษี หัก ณ ที่จ่ายต่อเดือน ของท่าน