



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

AMNATCHAROEN PROVINCIAL HEALTH SAVING AND CREDIT CO-OPERATIVE LIMITED

366 ถนนชยางกูร อ.เมือง จ.อำนาจเจริญ 37000 โทรศัพท์ 0-4545-1581 โทรสาร 0-45451-508

366 Changagoon road, Meung Amnatcharoen 37000 Tel : 0-4545-1581 www.supsasookamnat.com

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิก

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

ข้าพเจ้า เลขประจำตัวสมาชิก

สังกัดหน่วยงาน โทรศัพท์/มือถือ

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิก เป็นจำนวน บาท (.....)

โดยข้าพเจ้าได้แนบ หลักฐานประกอบการพิจารณาเป็นไปตามระเบียบกำหนดไว้ท้ายนี้แล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิก

ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

(สำหรับสวัสดิการสมาชิกผู้เป็นโสด)

ขอรับรองว่าเป็นโสดจริง

ไม่เป็นไปตามระเบียบฯ

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

<p>เรียน ผู้จัดการ</p> <p>ตามที่</p> <p>เลขประจำตัวสมาชิก ได้แจ้งความประสงค์ขอรับเงิน</p> <p>สวัสดิการสมาชิกเพื่อ</p> <p>ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้องเรียบร้อยแล้วตามระเบียบฯ</p> <p>จึงเห็นสมควรนำเสนอเพื่อขออนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการสมาชิก</p> <p>จำนวน บาท (.....)</p> <p>(ลงชื่อ)</p> <p>(.....)</p> <p>เจ้าหน้าที่</p>	<p>เรียน ประธานกรรมการ</p> <p>เพื่อโปรดพิจารณาขออนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการสมาชิก</p> <p>เป็นจำนวนเงิน บาท (.....)</p> <p>(ลงชื่อ)</p> <p>(.....)</p> <p>ผู้จัดการ</p> <p><input type="radio"/> อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ แล้วนำเสนอแจ้งคณะกรรมการดำเนินการ</p> <p>เพื่อทราบต่อไป</p> <p>ลงชื่อ)</p> <p>(.....)</p> <p>ประธานกรรมการ</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ส่วนนี้สำหรับสมาชิกลงนาม

ข้าพเจ้า ได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานการรับเงิน โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย

□□□□ - □ - □□□□□□ - □□

สาขา เป็นจำนวนเงิน บาท (.....)

(ลงชื่อ) ผู้รับเงินสวัสดิการสมาชิก

(.....)

รายละเอียดประกอบด้านหลัง

ที่	สวัสดิการสมาชิก	จำนวนเงิน	เงื่อนไข	หลักฐานเอกสาร
1.	เงินขวัญถุงกรณีเกษียณอายุราชการ	เป็นเงิน 2,000 บาท	สมาชิกที่เกษียณอายุราชการ หรือเกษียณก่อนกำหนดตามหลักเกณฑ์ของราชการ เป็นสมาชิกไม่น้อยกว่า 25 ปี	<input type="radio"/> สำเนาบัตรและทะเบียนบ้าน <input type="radio"/> สำเนาคำสั่งให้ลาออกจากราชการ <input type="radio"/> สำเนาสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย
2.	เงินสงเคราะห์สมาชิกที่ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงฯ	เป็นเงิน 100,000 บาท	กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง	<input type="radio"/> สำเนาบัตรและทะเบียนบ้าน สมาชิก/ผู้รับผลประโยชน์ <input type="radio"/> ใบรับรองแพทย์ <input type="radio"/> สำเนาสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย <input type="radio"/> อื่นๆ (ระบุ)
		เป็นเงิน 50,000 บาท	กรณีสูญเสียมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือหรือกรณีสูญเสียเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้าหรือกรณีสูญเสียสายตาหนึ่งข้าง	
			ยื่นภายใน 180 วัน นับตั้งแต่วันที่ศาลสั่งแต่งตั้งผู้อนุบาล สูญเสียอวัยวะหรือสายตา	
3.	เงินช่วยเหลือกรณีบุคคลในครอบครัวสมาชิกถึงแก่กรรม	เป็นเงิน 2,000 บาท	สมาชิกคนหนึ่งหรือหลายคนที่เป็นบุตร ยื่นภายใน 120 วัน นับตั้งแต่วันที่ถึงแก่กรรม	<input type="radio"/> สำเนาบัตรและทะเบียนบ้านสมาชิก/ผู้ถึงแก่กรรม <input type="radio"/> สำเนาใบมรณะบัตร <input type="radio"/> สำเนาบัตรทะเบียนสมรส (กรณีคู่สมรสเสียชีวิต) <input type="radio"/> สำเนาสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย
4.	เงินช่วยเหลือสมาชิกด้วยเหตุเจ็บป่วย	เป็นเงิน 500 บาท	เป็นคนไข้ใน เบิกได้ 1 ครั้ง/คน/ปี ภายใน 120 วัน นับตั้งแต่วันที่ออกจากสถานพยาบาล	<input type="radio"/> สำเนาบัตรและทะเบียนบ้าน <input type="radio"/> ใบความเห็นแพทย์ <input type="radio"/> สำเนาสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย
5.	เงินช่วยเหลือค่าคลอดบุตรคนแรก	ครอบครัวละ 1,000 บาท	ภายในกำหนด 120 วัน นับตั้งแต่วันที่คลอด	<input type="radio"/> สำเนาบัตรและทะเบียนบ้าน <input type="radio"/> สำเนาใบสูติบัตร <input type="radio"/> สำเนาบัตรทะเบียนสมรส <input type="radio"/> เอกสารรับรองบุตรตามกฎหมาย
6.	เงินทุนสวัสดิการของสมาชิกที่เป็นโสด	รายละ 2,000 บาท	เมื่อมีอายุครบ 50 ปีบริบูรณ์ ภายใน 120 วัน นับตั้งแต่วันที่มียาอยู่ค้างแล้ว	<input type="radio"/> สำเนาบัตรและทะเบียนบ้านของ <input type="radio"/> คำรับรองของกรรมการ/ผู้บังคับบัญชา <input type="radio"/> สำเนาสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย
7.	เงินสวัสดิการสินสมรส	รายละ 1,000 บาท	เพียงครั้งเดียว ภายใน 120 วันนับตั้งแต่วันที่จดทะเบียนสมรส	<input type="radio"/> สำเนาบัตรและทะเบียนบ้าน <input type="radio"/> สำเนาบัตรทะเบียนสมรส <input type="radio"/> สำเนานบันทึกการสมรส <input type="radio"/> สำเนาสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย
8.	เงินสวัสดิการเพื่ออุปสมบท	รายละ 1,000 บาท	เพียงครั้งเดียว ภายใน 120 วัน นับจากวันที่ลาสิกขา	<input type="radio"/> สำเนาบัตรและทะเบียนบ้าน <input type="radio"/> สำเนาหลักฐานใบลาอุปสมบทตามระเบียบราชการ <input type="radio"/> สำเนาสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย <input type="radio"/> อื่นๆ (ถ้ามี)
9.	เงินสวัสดิการสมาชิกประสบสาธารณภัย	เป็นเงิน 2,000 บาท	กรณีธรณีพิบัติ หรืออุทกภัย หรือवादภัย	<input type="radio"/> สำเนาบัตรและทะเบียนบ้าน <input type="radio"/> รูปถ่ายแสดงความเสียหาย 4 รูป <input type="radio"/> สำเนาสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย
		เป็นเงิน 2,000 บาท	กรณีอัคคีภัย (มีประกัน)	
		เป็นเงิน 5,000 บาท	กรณีอัคคีภัย (ไม่มีประกัน)	
			ยื่นภายใน 120 วันหลังจากประสบภัย	
10.	เงินสวัสดิการวันคล้ายวันเกิด	รายละ 500 บาท	ปีบัญชีละ 1 ครั้ง โอนเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์สหกรณ์ (เล่มสีเขียว)	<input type="radio"/> สำเนาบัตรและทะเบียนบ้าน <input type="radio"/> อื่นๆ (ถ้ามี)

หมายเหตุ

- อายุของสมาชิกตามระเบียบนี้ให้นับเป็นจำนวนเต็มปีของการเป็นสมาชิกครั้งสุดท้าย ไม่ว่าสมาชิกผู้นั้นจะเคยเป็นสมาชิกมาแล้วกี่ครั้งก็ตาม
- ในกรณีที่คณะกรรมการเห็นสมควรจัดสวัสดิการอื่นที่มีได้กำหนดไว้ระเบียบนี้ให้คณะกรรมการกำหนดไว้ในประกาศของสหกรณ์ฯ
- การจ่ายเงินสวัสดิการตามระเบียบนี้ จะจ่ายได้ในไม่เกินเงินทุนสาธารณประโยชน์เท่าที่อยู่เท่านั้นเงินทุนสาธารณประโยชน์ซึ่งที่ประชุมใหญ่จัดสรรไว้ตามข้อบังคับของสหกรณ์หมอลง หรือมีจำนวนน้อยกว่าหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในระเบียบนี้