



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

AMNATCHAROEN PROVINCIAL HEALTH SAVING AND CREDIT CO-OPERATIVE LIMITED

819 หมู่ 16 ตำบลบุ่ง อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ 37000 โทรศัพท์ 081-5791868 <http://www.supsasook.amnat.com>
819 Moo.16 Bung Subdistrict, Meung Amnatcharoen district, 37000 Tel : 081-5791868 <http://www.supsasook.amnat.com>

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิก

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวสมาชิก.....

สังกัดหน่วยงาน.....โทรศัพท์/มือถือ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิก เป็นจำนวน.....บาท (.....)

โดยข้าพเจ้าได้แนบ หลักฐานประกอบการพิจารณาเป็นไปตามระเบียบกำหนดไว้ทำยนี้แล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิก

ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น
(สำหรับสวัสดิการสมาชิกผู้เป็นโสด)

- ขอรับรองว่าเป็นโสดจริง
 ไม่เป็นไปตามระเบียบฯ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น.....

เรียน ผู้จัดการ
ตามที่.....
เลขประจำตัวสมาชิก.....ได้แจ้งความประสงค์ขอรับเงิน
สวัสดิการ.....
ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้องเรียบร้อยแล้วตามระเบียบฯ
จึงเห็นสมควรนำเสนอเพื่อขออนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการสมาชิก
จำนวน.....บาท (.....)
(ลงชื่อ).....
(.....)
เจ้าหน้าที่

เรียน ประธานกรรมการ
เพื่อโปรดพิจารณาขออนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการสมาชิก
เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)
(ลงชื่อ).....
(.....)
ผู้จัดการ
 อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ แล้วนำเสนอแจ้งคณะกรรมการดำเนินการ
เพื่อทราบต่อไป
(ลงชื่อ).....
(.....)
ประธานกรรมการ

ส่วนนี้สำหรับสมาชิกลงนาม

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานการรับเงิน โดยให้โอนเงินเข้าบัญชีฝากออมทรัพย์สหกรณ์

เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงินสวัสดิการสมาชิก
(.....)

รายละเอียดประกอบด้านหลัง

ที่	สวัสดิการ	เงื่อนไข	หลักฐานเอกสาร
1	สวัสดิการกรณีเกษียณอายุราชการ รายละเอียด 5,000 บาท	ยื่นภายใน 120 วันนับตั้งแต่วันที่พ้นจาก หน้าที่งานประจำ	<input type="radio"/> สำเนาบัตรและทะเบียนบ้าน <input type="radio"/> สำเนาคำสั่งให้ลาออกจากราชการ
2	สวัสดิการสมาชิกที่ทุพพลภาพวารสิ้นเชิงสูญเสีย มือหนึ่งข้าง เท้าหนึ่งข้าง ตาหนึ่งข้าง ฯลฯ - ทุพพลภาพสิ้นเชิง รายละเอียด 100,000 บาท - สูญเสียมือหนึ่งข้าง เท้าหนึ่งข้าง ตาหนึ่งข้าง รายละเอียด 50,000 บาท	ยื่นภายใน 180 วันนับจากศาลสั่ง - กรณีทุพพลภาพสิ้นเชิง จ่ายให้แก่ผู้ อนุบาล - กรณีสูญเสียอวัยวะ ให้จ่ายแก่สมาชิก	<input type="radio"/> สำเนาบัตรและทะเบียนบ้านสมาชิก/ ผู้อนุบาล <input type="radio"/> ใบรับรองแพทย์ <input type="radio"/> อื่นๆ (ระบุ)
3	สวัสดิการช่วยเหลือกรณีบุคคลในครอบครัวสมาชิก ถึงแก่กรรม รายละเอียด 2,000 บาท	ยื่นภายใน 120 วันถึงแก่กรรม	<input type="radio"/> สำเนาบัตรและทะเบียนบ้านสมาชิก/ผู้รับ ผลประโยชน์ <input type="radio"/> สำเนาใบมรณะบัตร <input type="radio"/> อื่นๆ (ระบุ)
4	เงินช่วยเหลือสมาชิกด้วยเหตุเจ็บป่วย รายละเอียด 500 บาท	ยื่นภายใน 120 วันที่ยอกจาก สถานพยาบาลปีละ 1 ครั้ง	<input type="radio"/> สำเนาบัตรและทะเบียนบ้านสมาชิก <input type="radio"/> ใบรับรองแพทย์ <input type="radio"/> อื่นๆ (ระบุ)
5	เงินช่วยเหลือค่าคลอดบุตรคนแรก รายละเอียด 1,000 บาท	ยื่นภายใน 120 วันตั้งแต่วันคลอด	<input type="radio"/> สำเนาบัตรและทะเบียนบ้าน <input type="radio"/> สำเนาใบสูติบัตร <input type="radio"/> สำเนาทะเบียนสมรส <input type="radio"/> เอกสารรับรองบุตรตามกฎหมาย
6	สวัสดิการสำหรับสมาชิกผู้เป็น โสด รายละเอียด 2,000 บาท	ยื่นภายใน 120 เมื่อมีอายุครบ 50 ปี บริบูรณ์แต่ไม่ถึง 51 ปี	<input type="radio"/> สำเนาบัตรและทะเบียนบ้านของ <input type="radio"/> คำรับรองของกรรมการ/ผู้บังคับบัญชา
7	สวัสดิการมงคลสมรส รายละเอียด 1,000 บาท	ยื่นภายใน 120 วันนับจากวันจดทะเบียน สมรส	<input type="radio"/> สำเนาบัตรและทะเบียนบ้านสมาชิก <input type="radio"/> สำเนาทะเบียนสมรส <input type="radio"/> สำเนานับถือการสมรส
8	สวัสดิการเพื่ออุปสมบท รายละเอียด 1,000 บาท	ยื่นภายใน 120 วันนับจากวันลาสิกขา	<input type="radio"/> สำเนาบัตรและทะเบียนบ้านสมาชิก <input type="radio"/> สำเนาหลักฐานใบลาอุปสมบทตาม ระเบียบราชการ <input type="radio"/> อื่นๆ (ถ้ามี)
9	สวัสดิการสมาชิกประสบสาธารณภัย - กรณีธรรมชาติ รายละเอียด 5,000 บาท - กรณีอุทกภัยหรือवादภัยหรืออัคคีภัย (มีประกัน) รายละเอียด 5,000 บาท - กรณีอุทกภัยหรือवादภัยหรืออัคคีภัย (ไม่มี ประกัน) รายละเอียด 10,000 บาท	ยื่นภายใน 120 วันนับตั้งแต่วันที่ประสบ สาธารณภัย	<input type="radio"/> สำเนาบัตรและทะเบียนบ้านสมาชิก <input type="radio"/> รูปถ่ายแสดงความเสียหาย 4 รูป
10	เงินสวัสดิการวันคล้ายวันเกิด รายละเอียด 500 บาท	ปีบัญชีละ 1 ครั้ง เป็นสมาชิกไม่น้อยกว่า 1 ปี โอนเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ATM COOP (เล่มสีแดง) ในวันทำการ สุดท้ายของเดือนที่สมาชิกเกิด	

หมายเหตุ

- อายุของสมาชิกตามระเบียบนี้ให้นับเป็นจำนวนเต็มปีของการเป็นสมาชิกครั้งหลังสุด ไม่ว่าสมาชิกผู้นั้นจะเคยเป็นสมาชิกมาแล้วกี่ครั้งก็ตาม
- ในกรณีที่คณะกรรมการเห็นสมควรจัดสวัสดิการอื่นที่มีได้กำหนดไว้ระเบียบนี้ให้คณะกรรมการกำหนดไว้ในประกาศของสหกรณ์ฯ
- การจ่ายเงินสวัสดิการตามระเบียบนี้ จะจ่ายได้ในไม่เกินเงินทุนสาธารณประโยชน์เท่าที่อยู่ที่นั่นเงินทุนสาธารณประโยชน์ซึ่งที่ประชุมใหญ่จัดสรรไว้ตามข้อบังคับของสหกรณ์หมดลง หรือมีจำนวนน้อยกว่าหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในระเบียบนี้