



สหกรณ์ออมทรัพย์ครูลำปาง จำกัด

ฝ่ายสวัสดิการ : เลขรับ/.....

วันที่

ผู้รับ

คำขอรับสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกช่วยเหลือสมาชิกที่ประสบอุบัติเหตุ

วันที่

ข้าพเจ้า..... เลขทะเบียนสมาชิก เบอร์โทรศัพท์

ที่อยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

มีความประสงค์ขอรับสวัสดิการฯ เนื่องจากข้าพเจ้าประสบอุบัติเหตุจนเป็นเหตุให้ 1. ทุพพลภาพถาวร 2. สูญเสียอวัยวะบางส่วน
ได้แก่

โดยประสบอุบัติเหตุและเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ เมื่อวันที่.....

และขอรับเงินโดยวิธีโอนเงินผ่าน บัญชีเงินฝากสหกรณ์ บัญชีธนาคาร..... เลขที่บัญชี.....

ชื่อบัญชี..... (ชื่อต้องตรงกับสมาชิก)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากภายหลังสหกรณ์ตรวจสอบพบว่าข้าพเจ้ามีคุณสมบัติไม่เข้าเงื่อนไขหลักเกณฑ์ตามข้อบังคับ ระเบียบ หรือได้ให้ข้อมูลอันเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินที่ได้รับให้แก่สหกรณ์ทันที โดยได้แนบเอกสารหลักฐานมาพร้อมคำขอฉบับนี้แล้ว

ลงชื่อ..... สมาชิก/ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ลงชื่อ พยาน

ลงชื่อ พยาน

(กรณีสมาชิกลงลายพิมพ์นิ้วมือ/แกงไต)

หมายเหตุ : กรณีสมาชิกซึ่งเป็นผู้ยื่นคำขอแต่ไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ ให้ใช้วิธีลงลายพิมพ์นิ้วมือหรือแกงไตต่อหน้าเจ้าหน้าที่หรือบุคคลที่ได้รับมอบหมายจากสหกรณ์ และต้องมีพยานจำนวน 2 คน ลงลายมือชื่อรับรองการลงลายพิมพ์นิ้วมือหรือแกงไตของสมาชิก พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของพยานด้วย

สำหรับเจ้าหน้าที่สวัสดิการ

- ตรวจสอบเอกสารแล้ว สมาชิกชื่อ เลขทะเบียนสมาชิก

มีสิทธิได้รับสวัสดิการ ด้วยเหตุ จำนวนเงิน บาท (.....)

- เห็นควรอนุมัติเบิกจ่ายเงินสวัสดิการตามระเบียบสหกรณ์ฯ ว่าด้วยทุนสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิกและครอบครัว พ.ศ. 2568 ข้อ 6 (3) และตามประกาศสหกรณ์ฯ ที่เกี่ยวข้อง

ไม่มีสิทธิได้รับสวัสดิการ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สวัสดิการ

(.....)

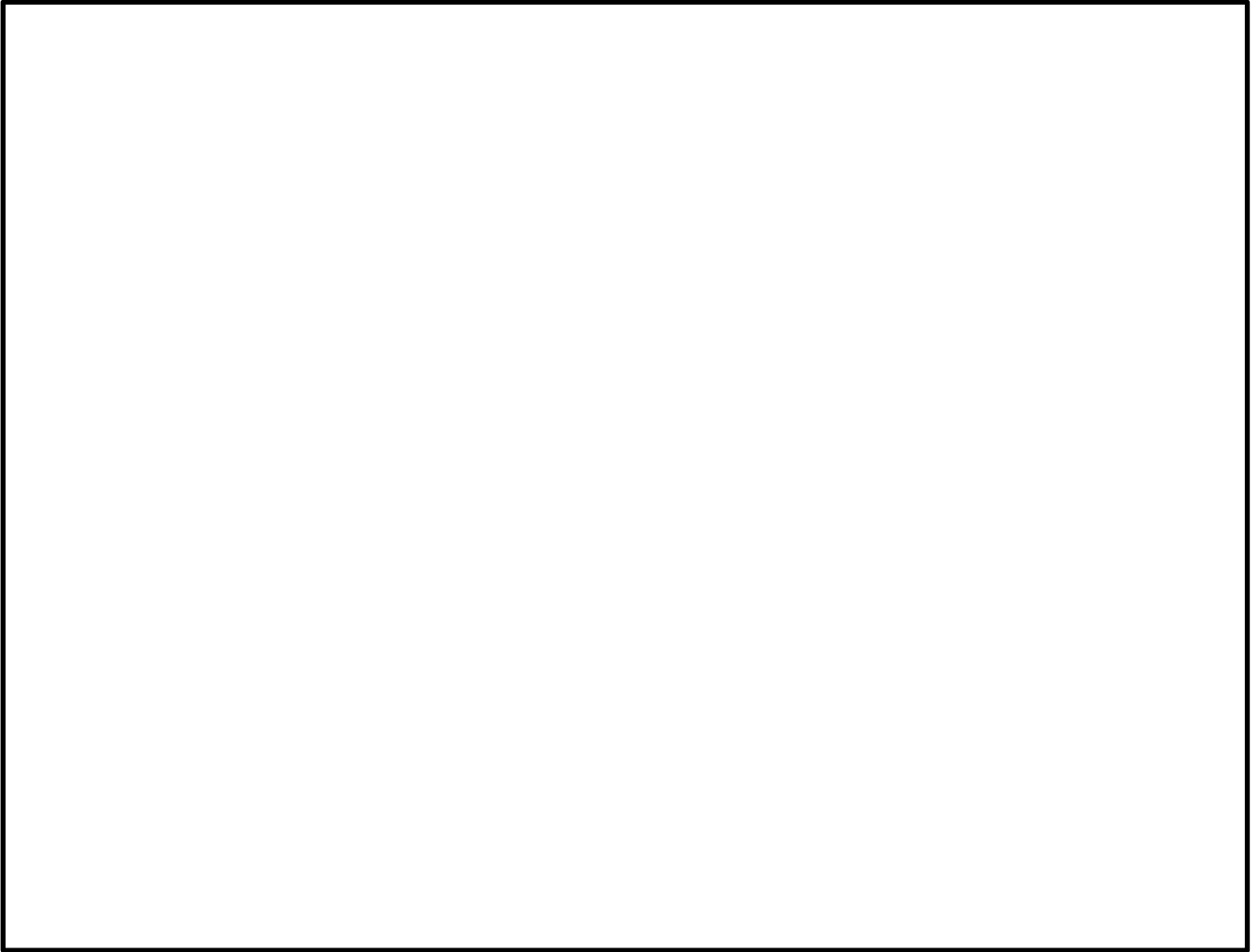
วันที่

เสนอ รองผู้จัดการฯ	เสนอ ผู้จัดการ	ความเห็น	คำสั่ง
- ได้ตรวจสอบเอกสารแล้ว	- เห็นสมควรอนุมัติจ่ายเงิน	<input type="checkbox"/> เสนอประธานอนุมัติ	<input type="checkbox"/> อนุมัติ
- สมาชิกมีสิทธิได้รับเงินฯ	จำนวน.....บาท	<input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ เนื่องจาก	<input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ เนื่องจาก
จำนวน.....บาท	
-เห็นสมควรอนุมัติจ่ายเงิน	
ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
หัวหน้าฝ่ายสวัสดิการ	รองผู้จัดการฯ	ผู้จัดการ	ประธานกรรมการ
วันที่	วันที่	วันที่	วันที่

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกที่ประสบอุบัติเหตุ

สวัสดิการ	คุณสมบัติ	จำนวนเงิน	เงื่อนไข
สวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกที่ประสบอุบัติเหตุ	เป็นสมาชิกสหกรณ์ไม่น้อยกว่า 3 ปี	1. ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ➤ ได้รับเงิน 60,000 บาท 2. สูญเสียอวัยวะบางส่วน ดังนี้ ➤ สูญเสียมือสองข้างขาด หรือเท้าสองข้างขาดหรือสูญเสียการมองเห็นทั้งสองข้าง ได้รับเงิน 50,000 บาท ➤ สูญเสียอวัยวะ 2 ส่วนขึ้นไป (มือหนึ่งข้างขาด เท้าขาดหนึ่งข้างขาด และสูญเสียการมองเห็นหนึ่งข้าง) ได้รับเงิน 40,000 บาท ➤ มือหนึ่งข้างขาด หรือเท้าหนึ่งข้างขาด หรือ สูญเสียการมองเห็นหนึ่งข้าง ได้รับเงิน 30,000 บาท ➤ สูญเสียนิ้วมือตั้งแต่ 2 ข้อ/นิ้วขึ้นไป (นิ้วละ) ได้รับเงิน 3,000 บาท	** ขอรับสวัสดิการภายใน 1 ปีนับตั้งแต่วันที่ประสบอุบัติเหตุ **
<p>เอกสารประกอบการขอรับสวัสดิการ</p> <ol style="list-style-type: none"> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวผู้พิการ ใบรับรองแพทย์โดยแพทย์ผู้ตรวจรักษา <p>** กรณีสมาชิกซึ่งเป็นผู้ยื่นคำขอแต่ไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ ให้ใช้วิธีลงลายพิมพ์นิ้วมือหรือแกงไตต่อหน้าเจ้าหน้าที่หรือบุคคลที่ได้รับมอบหมายจากสหกรณ์ และต้องมีพยานจำนวน 2 คน ลงลายมือชื่อรับรองการลงลายพิมพ์นิ้วมือหรือแกงไตของสมาชิก พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของพยานด้วย **</p>			

ตัวอย่าง
ภาพถ่ายปัจจุบันสมาชิกที่ประสบอุบัติเหตุ



ข้าพเจ้า..... เกี่ยวข้องเป็น คู่สมรส บุตร อื่น ๆ

ขอรับรองว่าภาพถ่ายข้างต้นเป็นภาพปัจจุบัน ของสมาชิกชื่อ..... เลขทะเบียนสมาชิก

ซึ่งประสบอุบัติเหตุ และไม่สามารถลงลายมือชื่อด้วยตนเองได้จริง ถ่าย ณ วันที่

ลงชื่อสมาชิก/ผู้ยื่นคำขอ
(.....)
สมาชิกหน่วยอำเภอ

คำรับรองจากกรรมการดำเนินการ (กรรมการประจำหน่วย) และ/หรือบุคคลที่ได้รับมอบหมายจากสหกรณ์

ลงชื่อพยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)