



สหกรณ์ออมทรัพย์ครูลำปาง จำกัด
 ฝ่ายสวัสดิการ : เลขรับ/.....
 วันที่
 ผู้รับ

คำขอรับสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกที่ประสบอุบัติเหตุ

วันที่

ข้าพเจ้า..... เลขทะเบียนสมาชิก เบอร์โทรศัพท์
 ที่อยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
 มีความประสงค์ขอรับสวัสดิการฯ เนื่องจากข้าพเจ้าประสบอุบัติเหตุจนเป็นเหตุให้ ได้รับอันตรายแก่ร่างกายจนต้องพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล
 ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่..... 2. สูญเสียอวัยวะบางส่วน ได้แก่ 3. ทุพพลภาพถาวร
 โดยประสบอุบัติเหตุและเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ เมื่อวันที่.....
 และขอรับเงินโดยวิธีโอนเงินผ่าน บัญชีเงินฝากสหกรณ์ บัญชีธนาคาร..... เลขที่บัญชี.....
 ชื่อบัญชี..... (ชื่อต้องตรงกับสมาชิก)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากภายหลังสหกรณ์ตรวจสอบพบว่าข้าพเจ้ามีคุณสมบัติไม่เข้าเงื่อนไข
 หลักเกณฑ์ตามข้อบังคับ ระเบียบ หรือได้ให้ข้อมูลอันเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินที่ได้รับให้แก่สหกรณ์ทันที โดยได้แนบเอกสารหลักฐานมา
 พร้อมคำขอฉบับนี้แล้ว

ลงชื่อ..... สมาชิก/ผู้ยื่นคำขอ
 (.....)

ลงชื่อ พยาน
 ลงชื่อ พยาน
 (กรณีสมาชิกลงลายพิมพ์นิ้วมือ/แกงไต)

หมายเหตุ : กรณีสมาชิกซึ่งเป็นผู้ยื่นคำขอแต่ไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ ให้ใช้วิธีลงลายพิมพ์นิ้วมือหรือแกงไตต่อหน้าเจ้าหน้าที่หรือบุคคลที่
 ได้รับมอบหมายจากสหกรณ์ และต้องมีพยานจำนวน 2 คน ลงลายมือชื่อรับรองการลงลายพิมพ์นิ้วมือหรือแกงไตของสมาชิก พร้อมแนบสำเนา
 บัตรประจำตัวประชาชนของพยานด้วย

สำหรับเจ้าหน้าที่สวัสดิการ

- ตรวจสอบเอกสารแล้ว สมาชิกชื่อ เลขทะเบียนสมาชิก

มีสิทธิได้รับสวัสดิการ ด้วยเหตุ 1. ได้รับอันตรายแก่ร่างกายจนต้องพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล.....คืน
 2. สูญเสียอวัยวะบางส่วน 3. ทุพพลภาพถาวร จำนวนเงิน บาท (.....)

- เห็นควรอนุมัติเบิกจ่ายเงินสวัสดิการตามระเบียบสหกรณ์ฯ ว่าด้วยทุนสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิกและครอบครัว พ.ศ. 2569 ข้อ 6 (4)
 และตามประกาศสหกรณ์ฯ ที่เกี่ยวข้อง

ไม่มีสิทธิได้รับสวัสดิการ เนื่องจาก.....

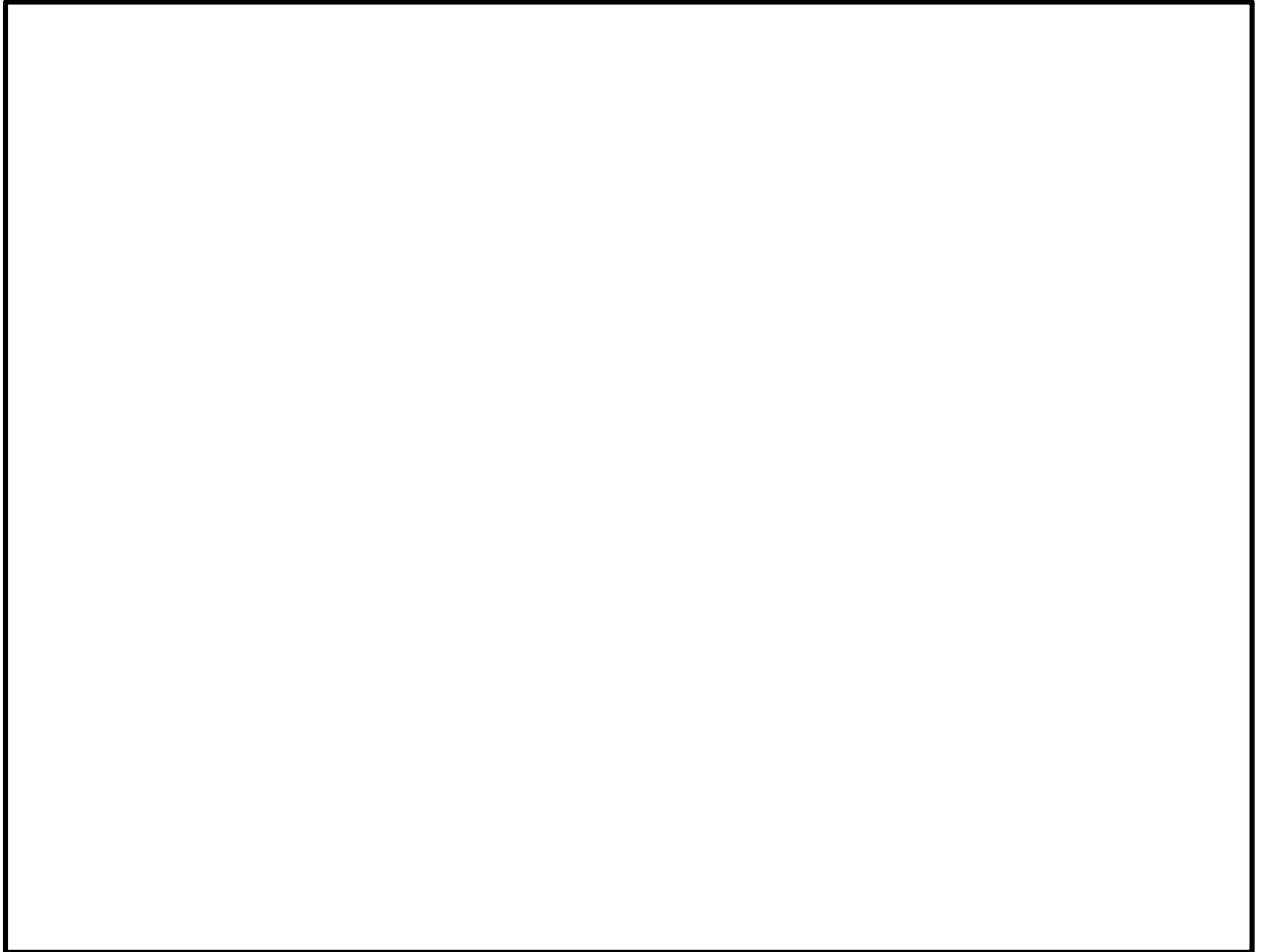
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สวัสดิการ
 (.....)
 วันที่

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

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกที่ประสบอุบัติเหตุ

สวัสดิการ	คุณสมบัติ	จำนวนเงิน	เงื่อนไข
สวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกที่ประสบอุบัติเหตุ	เป็นสมาชิกสหกรณ์	<p>กรณีได้รับอันตรายแก่ร่างกาย จำต้องพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ พักรักษาตัวไม่เกิน 5 คืน ได้รับเงิน 500.00 บาท ➢ พักรักษาตัวเกิน 5 คืน ได้รับเงิน 1,000.00 บาท <p>สูญเสียอวัยวะบางส่วน ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ สูญเสียนิ้วมือหรือนิ้วเท้า ตั้งแต่ 1 ซี่ขึ้นไป ได้รับเงินนิ้วละ 3,000.00 บาท ➢ มือหนึ่งข้างขาด หรือ เท้าหนึ่งข้างขาด หรือ สูญเสียการมองเห็นหนึ่งข้าง ได้รับเงิน 30,000.00 บาท ➢ สูญเสียอวัยวะ 2 ส่วนขึ้นไป (มือหนึ่งข้างขาด เท้าหนึ่งข้างขาด และ สูญเสียการมองเห็นหนึ่งข้าง) ได้รับเงิน 40,000.00 บาท ➢ สูญเสียมือสองข้างขาด หรือ เท้าสองข้างขาดหรือสูญเสียการมองเห็นทั้งสองข้าง ได้รับเงิน 50,000.00 บาท <p>ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ ได้รับเงิน 60,000.00 บาท 	** ขอรับสวัสดิการภายใน 1 ปีนับตั้งแต่วันที่ประสบอุบัติเหตุ **
<p>เอกสารประกอบการขอรับสวัสดิการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวผู้พิการ 2. 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
(.....)