

**สำหรับสมาชิกเป็นผู้ขอรับสวัสดิการ
กรณีบุคคลในครอบครัวเสียชีวิต**



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

**คำขอรับสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิก
และครอบครัวที่เสียชีวิต**

วันที่

ข้าพเจ้า..... เลขทะเบียนสมาชิก เบอร์โทรศัพท์
มีความประสงค์ขอรับสวัสดิการฯ เนื่องจากบุคคลในครอบครัวเสียชีวิต เกี่ยวข้องเป็น คู่สมรส บุตรอายุไม่เกิน 25 ปีบริบูรณ์/ทุพพลภาพ
ชื่อผู้เสียชีวิต..... เลขทะเบียนสมาชิก.....ถ้าเป็นสมาชิกสมทบให้กรอกด้วย)
สาเหตุการเสียชีวิต.....เสียชีวิตเมื่อวันที่
และขอรับเงินโดยวิธีโอนเงินผ่าน บัญชีเงินฝากสหกรณ์ บัญชีธนาคาร..... เลขที่บัญชี.....
ชื่อบัญชี..... (ชื่อต้องตรงกับผู้ยื่นคำขอ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากภายหลังสหกรณ์ตรวจสอบพบว่า ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติไม่เข้าเงื่อนไข
หลักเกณฑ์ตามข้อบังคับ ระเบียบ หรือได้ให้ข้อมูลอันเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินที่ได้รับให้แก่สหกรณ์ทันที โดยได้แนบเอกสารหลักฐานมา
พร้อมคำขอฉบับนี้แล้ว

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

สำหรับเจ้าหน้าที่สวัสดิการ

- ตรวจสอบเอกสารแล้ว สมาชิกชื่อ เลขทะเบียนสมาชิก

มีสิทธิได้รับสวัสดิการ กรณีคู่สมรสซึ่งไม่เป็นสมาชิก / บุตรซึ่งอายุไม่เกิน 25 ปีบริบูรณ์/ บุตรซึ่งเป็นผู้พิการหรือทุพพลภาพ
จำนวนเงิน 2,000.00 บาท

- เห็นควรอนุมัติเบิกจ่ายเงินสวัสดิการตามระเบียบสหกรณ์ฯ ว่าด้วยทุนสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิกและครอบครัว พ.ศ. 2569 ข้อ 6 (2)
และตามประกาศสหกรณ์ฯ ที่เกี่ยวข้อง

ไม่มีสิทธิได้รับสวัสดิการ เนื่องจาก.....

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

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

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิกและครอบครัวที่เสียชีวิต

กรณีบุคคลในครอบครัวเสียชีวิต

สวัสดิการ	คุณสมบัติ	จำนวนเงิน	เงื่อนไข
สวัสดิการสงเคราะห์สมาชิกและครอบครัวที่เสียชีวิต	1. คู่สมรสซึ่งไม่เป็นสมาชิก 2. บุตรซึ่งอายุไม่เกิน 25 ปีบริบูรณ์ 3. บุตรซึ่งเป็นผู้พิการหรือทุพพลภาพที่ยังอยู่ในอุปการะของสมาชิกโดยไม่จำกัดอายุบุตร	คู่สมรสเสียชีวิตซึ่งไม่เป็นสมาชิก ➤ ได้รับเงิน 2,000.00 บาท บุตร/บุตรผู้พิการหรือทุพพลภาพเสียชีวิต ➤ ได้รับเงิน 2,000.00 บาท	กรณีคู่สมรส,บุตร/บุตรผู้พิการหรือทุพพลภาพ ** ยื่นคำขอรับสวัสดิการภายใน 180 วันนับแต่วันที่เสียชีวิต **

เอกสารประกอบการขอรับสวัสดิการ

กรณีคู่สมรส ,บุตร/บุตรผู้พิการหรือทุพพลภาพที่อยู่ในอุปการะของสมาชิกเสียชีวิต (สมาชิกเป็นผู้ยื่นคำขอ)

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิก
2. สำเนาทะเบียนสมรส หรือเอกสารรับรองบุตร แล้วแต่กรณี
3. สำเนาใบมรณบัตรของผู้เสียชีวิต
4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิตที่ประทับตรา คำว่า “ตาย”
5. เอกสารอื่น (ถ้ามี)