



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

คำขอรับเงินค่าจัดการศพ
สวัสดิการสงเคราะห์สมาชิกและครอบครัวที่เสียชีวิต

วันที่

ข้าพเจ้า..... เกี่ยวข้องเป็น คู่สมรส บุตร อื่น ๆ

มีความประสงค์ขอรับสวัสดิการฯ ค่าจัดการศพ ของสมาชิกเสียชีวิต ชื่อ..... ทะเบียนสมาชิก.....

สาเหตุการเสียชีวิต..... เสียชีวิตเมื่อวันที่ สถานที่เสียชีวิต

ตามใบมรณบัตร เลขที่..... ลงวันที่..... ฉาปนกิจวันที่.....

และขอรับเงินโดยวิธีโอนผ่านบัญชีธนาคาร..... เลขที่บัญชี.....

ชื่อบัญชี..... (ชื่อต้องตรงกับผู้ยื่นคำขอ) เบอร์โทรศัพท์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากภายหลังสหกรณ์ตรวจสอบพบว่า ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติไม่เข้าเงื่อนไขหลักเกณฑ์ตามข้อบังคับ ระเบียบ หรือได้ให้ข้อมูลอันเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินที่ได้รับให้แก่สหกรณ์ทันที โดยได้แนบเอกสารหลักฐานมาพร้อมคำขอฉบับนี้แล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ..... ผู้ยื่นคำขอ
 (.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่สวัสดิการ

- ตรวจสอบเอกสารแล้ว สมาชิกเสียชีวิต ชื่อ..... เลขทะเบียนสมาชิก.....

มีสิทธิได้รับเงินค่าจัดการศพ อายุการเป็นสมาชิก เดือน จำนวนเงิน บาท (.....)

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

ไม่มีสิทธิได้รับสวัสดิการ เนื่องจาก.....

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

เสนอ รongผู้จัดการฯ	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

การขอรับเงินค่าจัดการศพ

สวัสดิการ	คุณสมบัติ	จำนวนเงิน	เงื่อนไข
สวัสดิการสงเคราะห์สมาชิกและครอบครัวที่เสียชีวิต	เป็นสมาชิกสหกรณ์	<p>ค่าจัดการศพสมาชิกเสียชีวิต</p> <p>นับอายุการเป็นสมาชิกดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ไม่ถึง 12 เดือน <ul style="list-style-type: none"> ➤ ได้รับเงิน 5,000.00 บาท ตั้งแต่ 13 - 60 เดือน <ul style="list-style-type: none"> ➤ ได้รับเงิน 10,000.00 บาท ตั้งแต่ 61-120 เดือน <ul style="list-style-type: none"> ➤ ได้รับเงิน 12,000.00 บาท ตั้งแต่ 121-240 เดือน <ul style="list-style-type: none"> ➤ ได้รับเงิน 15,000.00 บาท ตั้งแต่ 241 -360 เดือน <ul style="list-style-type: none"> ➤ ได้รับเงิน 17,000.00 บาท ตั้งแต่ 360 เดือนขึ้นไป <ul style="list-style-type: none"> ➤ ได้รับเงิน 20,000.00 บาท <p>โดยคำนวณจากอายุการเป็นสมาชิกจนถึงวันที่เสียชีวิตโดยไม่นับเศษของเดือน</p>	<p>- กรณีสมาชิกเสียชีวิต</p> <p>** ยื่นคำขอรับสวัสดิการภายใน 90 วันนับแต่วันที่สมาชิกเสียชีวิต **</p>

เอกสารประกอบการขอรับเงินค่าจัดการศพ

กรณีสมาชิกเสียชีวิต (คู่สมรสหรือบุตรคนใดคนหนึ่งเป็นผู้ยื่นคำขอ)

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยื่นคำขอ
- สำเนาทะเบียนสมรส หรือสำเนาคำสั่งศาล แล้วแต่กรณี
- สำเนาใบมรณบัตรของสมาชิกผู้เสียชีวิต
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิตที่ประทับตรา คำว่า “ตาย”
- เอกสารอื่น (ถ้ามี)

**** ในกรณีสมาชิกที่ไม่มีคู่สมรสหรือบุตร ให้ทายาทโดยธรรมคนใดคนหนึ่งตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์กำหนดตามลำดับเป็นผู้ยื่นคำขอ ****