



สหกรณ์ออมทรัพย์การเคหะแห่งชาติ จำกัด

แบบขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกติดเชื้อไวรัสโควิด - 19

วันที่

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกติดเชื้อไวรัสโควิด - 19

เรียน ประธานกรรมการ สอ.กคช.

ด้วยข้าพเจ้า สมาชิก ผู้รับโอนประโยชน์

สมาชิกเลขทะเบียนที่.....สังกัด.....กอง.....ฝ่าย / ศูนย์

ที่อยู่ปัจจุบัน โทรศัพท์ที่ติดต่อดี.....

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกติดเชื้อไวรัสโควิด - 19

ติดเชื้ออยู่ระหว่างการรักษาหรือหายจากป่วยแล้ว

ถึงแก่กรรม

สถานที่รักษาพยาบาล

1. สถานพยาบาล.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทร.....

2. บ้านพักอาศัย เลขที่.....ถนน.....ซอย.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทร.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอรับเงินจำนวนดังกล่าวโดย

เงินสด

โอนเงินเข้าบัญชีของข้าพเจ้ากับสหกรณ์ เลขที่

โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร เลขที่(บัญชีเงินฝากของ
ผู้รับเงินสวัสดิการเท่านั้น)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

เอกสารประกอบการพิจารณา

1. อยู่ระหว่างการรักษาหรือรักษาหายแล้ว (เอกสารประกอบการพิจารณา)

สำเนาบัตรประจำตัว 2 ฉบับ

หนังสือใบรับรองแพทย์ผู้ให้การรักษา 1 ฉบับ

2. กรณีถึงแก่กรรม (เอกสารผู้ถึงแก่กรรม / ผู้รับโอนประโยชน์)

สำเนาบัตรประชาชน / ทะเบียนบ้าน 4 ฉบับ

สำเนาใบมรณบัตร 2 ฉบับ

อื่นๆ ระบุ

*** (รับรองเอกสารสำเนาถูกต้องทุกฉบับ)

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

(/-2- การตรวจสอบของเจ้าหน้าที่)

1. การตรวจสอบของเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจคำขอและเอกสารประกอบของสมาชิกที่ขอรับเงินทุนสวัสดิการฯ แล้ว สมาชิกผู้ขอรับเงินดังกล่าว เป็นสมาชิกเมื่อวันที่ มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือ ดังนี้

(ก) สมาชิกอยู่ระหว่างการรักษา / รักษาหายแล้ว (3,000) เป็นเงิน บาท
(ข) ถึงแก่กรรม (7,000) เป็นเงิน บาท
รวมยอดเงินที่จะได้รับ บาท

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ

<p>เรียน ประธานกรรมการ สอ.กช. เพื่อโปรดพิจารณาและอนุมัติเบิกจ่ายได้ จำนวน บาท ลงชื่อ</p> <p style="text-align: center;">ผู้จัดการ</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ</p> <p style="text-align: center;">ลงชื่อ</p> <p style="text-align: center;">ประธานกรรมการ</p>
<p>2. การรับเงิน ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการฯ เป็นจำนวนเงินบาท ไว้ถูกต้องเรียบร้อยแล้ว (ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน (ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน วันที่.....</p>	<p>3. มอบอำนาจให้รับเงินแทน ข้าพเจ้า..... บัตรประจำตัว.....เลขที่..... ขอมอบอำนาจให้..... บัตรประจำตัว.....เลขที่..... เป็นผู้รับเงินสวัสดิการจากสหกรณ์ โดยข้าพเจ้าขอรับผิดชอบ เสมือนได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น ลายมือชื่อผู้มอบอำนาจ ลายมือชื่อผู้รับมอบอำนาจพยาน (.....) (กรณีพิมพ์ลายนิ้วมือแทนการลงชื่อต้องมีพยาน 2 คน)</p>

หมายเหตุ

1. ขอรับเงินช่วยเหลือฯ พร้อมแนบหลักฐานภายในกำหนด 120 วัน นับแต่วันที่ติดเชื้อ / เสียชีวิต
2. ขอรับสิทธิได้ตั้งแต่เชื้อโรคแพร่ระบาดในประเทศไทย ถึงวันที่ 25 ธันวาคม 2564