



แบบขอรับเงินกองทุนรวมใจช่วยเหลือสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการ

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการ

เนื่องด้วย (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขเชียงราย จำกัด เลขที่.....สังกัดหน่วยงาน.....ได้ถึงแก่กรรมเมื่อ.....

ดังนั้น ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....โทรศัพท์ (มือถือ).....
ซึ่งมีความเกี่ยวข้องเป็น.....ของสมาชิกที่ถึงแก่กรรมดังกล่าว มีความประสงค์ขอรับเงินจากกองทุนรวมใจช่วยเหลือ
สมาชิก ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย จำกัด ว่าด้วย “กองทุนรวมใจช่วยเหลือสมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข
เชียงราย พ.ศ.2567” โดยได้แนบเอกสารประกอบการพิจารณา ดังต่อไปนี้

- () สำเนาใบมรณะบัตรของผู้ถึงแก่กรรม () สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขอรับเงิน
() สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับเงิน () สำเนาหน้าสมุดบัญชีสหกรณ์/สมุดบัญชีธนาคาร สำหรับรับโอนเงิน

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าทราบดีว่ามีสิทธิรับเงินจากกองทุนรวมใจช่วยเหลือสมาชิกตามเกณฑ์ระยะเวลาการเป็นสมาชิกสหกรณ์ของ
ผู้ถึงแก่กรรม ดังนี้

เมื่อสมาชิกถึงแก่กรรม สหกรณ์จะจ่ายเงินกองทุนเพื่อสงเคราะห์แก่สมาชิก หรือบุคคลผู้รับผลประโยชน์ หรือทายาท
ตามหลักเกณฑ์ ดังนี้ 1. นับแต่วันที่อนุมัติเป็นสมาชิก - 24 เดือน จ่ายเงินรายละ 20,000.- บาท
2. เป็นสมาชิกตั้งแต่ 25 - 48 เดือน จ่ายเงินรายละ 50,000.- บาท
3. เป็นสมาชิกตั้งแต่ 49 - 72 เดือน จ่ายเงินรายละ 100,000.- บาท
4. เป็นสมาชิกตั้งแต่ 73 - 96 เดือน จ่ายเงินรายละ 150,000.- บาท
5. เป็นสมาชิกตั้งแต่ 97 - 120 เดือน จ่ายเงินรายละ 200,000.- บาท
6. เป็นสมาชิกตั้งแต่ 121 เดือน จ่ายเงินรายละ 200,000.- บาทและรวมกับระยะเวลาการเป็น
สมาชิกรับเป็นเดือนอีกเดือนละ 500.- บาท แต่เมื่อรวมเงินสวัสดิการแล้ว ต้องไม่เกินรายละ 300,000.- บาท

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....(ทายาท)

(.....)

โอนเงินเข้าบัญชี

- สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ เลขที่บัญชี.....
 ธนาคารกรุงไทย จำกัด ประเภทออมทรัพย์ สาขา.....

เลขที่บัญชี

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

..... ผู้รับเงิน ผู้จ่ายเงิน
(.....) (.....)