



แบบขอรับเงินกองทุนรวมใจช่วยเหลือสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย - พะเยา

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการ

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการ

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

ดังนั้น ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....โทรศัพท์ (มือถือ).....  
ซึ่งเป็นผู้รับผลประโยชน์ หรือทายาท ของสมาชิกที่ถึงแก่กรรมดังกล่าว มีความประสงค์ขอรับเงินจากกองทุนรวมใจช่วยเหลือ  
สมาชิก ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย จำกัด ว่าด้วย “กองทุนรวมใจช่วยเหลือสมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์  
สาธารณสุขเชียงราย – พะเยา พ.ศ.2558” โดยได้แนบเอกสารประกอบการพิจารณา ดังต่อไปนี้

- ( ) สำเนาใบมรณบัตรของผู้ถึงแก่กรรม
- ( ) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ถึงแก่กรรม
- ( ) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ถึงแก่กรรม
- ( ) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขอรับเงิน
- ( ) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับเงิน
- ( ) สำเนาหน้าสมุดบัญชีสหกรณ์/สมุดบัญชีธนาคาร สำหรับรับโอนเงิน

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าทราบดีว่ามีสิทธิรับเงินจากกองทุนรวมใจช่วยเหลือสมาชิกตามเกณฑ์ระยะเวลาการเป็นสมาชิกสหกรณ์ของผู้  
ที่ถึงแก่กรรม ดังนี้

1. เป็นสมาชิกตั้งแต่ 1 – 12 เดือน รายละ 100, 000 บาท
2. เป็นสมาชิกตั้งแต่ 13 – 24 เดือน รายละ 150, 000 บาท
3. เป็นสมาชิกตั้งแต่ 25 – 36 เดือน รายละ 200, 000 บาท
4. เป็นสมาชิกตั้งแต่ 37 เดือนขึ้นไป รายละ 200, 000 บาท และรวมกับระยะเวลาการเป็นสมาชิกันนับเป็นเดือนอีกเดือน  
ละ 500 บาท แต่รวมเงินสวัสดิการแล้วไม่เกินรายละ 300,000 บาท

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

การรับเงิน (โปรดกาเครื่องหมาย  ลงบน  )

โอนเงินเข้าบัญชีสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ เลขที่บัญชี.....ชื่อบัญชี.....

โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร.....สาขา.....

ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

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