



# แบบคำขอรับสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิกประสบอุบัติเหตุ สหกรณ์ออมทรัพย์ครุณหบุรี จำกัด

วันที่ ..... เดือน..... พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิกประสบอุบัติเหตุ

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์ครุณหบุรี จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย /นาง/นางสาว..... เลขสมาชิก.....สังกัด.....

ประสบอุบัติเหตุ .....

เป็นผู้ป่วย ( ) คนไข้นอก เข้ารับการรักษา โรงพยาบาล .....

วันที่ ..... เดือน..... พ.ศ..... ถึง วันที่ ..... เดือน..... พ.ศ..... รวมระยะเวลาการรักษา..... วัน

เป็นผู้ป่วย ( ) คนไข้ใน เข้ารับการรักษา โรงพยาบาล .....

วันที่ ..... เดือน..... พ.ศ..... ถึง วันที่ ..... เดือน..... พ.ศ..... รวมระยะเวลาการรักษา..... วัน

ข้าพเจ้า มีความประสงค์ขอรับสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิกประสบอุบัติเหตุ ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์ครุณหบุรี จำกัด ว่าด้วย สมาชิกประสบอุบัติเหตุ พ.ศ. 2561 พร้อมเอกสารประกอบการพิจารณา ดังนี้

- 1.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
- 2.หลักฐานทางการแพทย์ เช่นใบรับรองแพทย์ ระบุอาการและระยะเวลาการรักษาที่ชัดเจน
- 3.สำเนานำบัญชีธนาคารกรุงศรีฯ / ธนาคารกรุงไทย จำนวน 1 ฉบับ

ข้าพเจ้า ยินดีให้สหกรณ์ ฯ โอนเงินดังกล่าว เข้าบัญชี ธนาคาร.....สาขา.....

ชื่อบัญชี ..... เลขที่บัญชี ..... ตามเอกสารที่แนบมา

ลงชื่อ ..... ผู้ขอรับสวัสดิการ

(.....)

เบอร์โทร.....

## เสนอ ประธาน ฯ ผ่าน ผู้จัดการสหกรณ์ ฯ

ฝ่ายอำนวยการ ฯ ได้ตรวจสอบหลักฐาน เอกสารประกอบการพิจารณาถูกต้อง ครบถ้วน เห็นสมควรอนุมัติเงินสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิกประสบอุบัติเหตุ ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์ครุณหบุรี จำกัด ว่าด้วย สมาชิกประสบอุบัติเหตุ พ.ศ.2561

..... 5.1 สมาชิกประสบอุบัติเหตุต้องเข้ารับการรักษา โดยมีใบรับรองแพทย์ระบุสาเหตุของการบาดเจ็บ

ได้รับเงินสงเคราะห์จำนวน 1,000 บาท

..... 5.2 สมาชิกประสบอุบัติเหตุต้องเข้ารับการรักษา โดยมีใบรับรองแพทย์ระบุสาเหตุของการบาดเจ็บ และแพทย์ระบุให้มีการรักษาต่อเนื่องเกิน 7 วัน ได้รับเงินสงเคราะห์ จำนวน 2,000 บาท

..... 5.3 สมาชิกประสบอุบัติเหตุต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล(ผู้ป่วยใน)โดยมีใบรับรองแพทย์ระบุสาเหตุของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ และต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล เกิน 7 วัน ได้รับเงินสงเคราะห์จำนวน 3,000 บาท

..... 5.4 สมาชิกประสบอุบัติเหตุสูญเสียอวัยวะของร่างกาย ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมีใบรับรองแพทย์ระบุสาเหตุของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ได้รับเงินสงเคราะห์จำนวน ไม่เกิน 5,000 บาท

- ( ) ขอรับเงินสวัสดิการไม่เกินกำหนดระยะเวลา
- ( ) เอกสารหลักฐานครบถ้วนถูกต้อง
- ( ) ไม่เคยใช้สิทธิมาก่อน
- ( ) ไม่เป็นผู้ผิมนัดชำระหนี้
- ( ) ผิมนัดชำระหนี้

ทั้งนี้ โดยโอนเข้าบัญชี สมาชิกสหกรณ์ ฯ ชื่อบัญชี .....  
ธนาคาร.....สาขา ..... บัญชีเลขที่ .....

.....  
(นางสาวสิริกร ปิยามัตย์)

เจ้าหน้าที่ฝ่ายอำนวยการและสวัสดิการสมาชิก

---

ความเห็นรองผู้จัดการสหกรณ์ ฯ คนที่ 1

- ( ) อนุมัติ เงินสวัสดิการฯ เป็นเงินจำนวน ..... บาท (.....)  
( ) ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

.....  
(นางสาวปิยามาศ สุวรรณกุล)

รองผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูนนทบุรี จำกัด คนที่ 1

---

ความเห็นผู้จัดการสหกรณ์ ฯ

- ( ) อนุมัติ เงินสวัสดิการฯ เป็นเงินจำนวน ..... บาท (.....)  
( ) ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

.....  
(นางสาวรุจิวรรณ คลังนุช)

รองผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูนนทบุรี จำกัด คนที่ 2

รักษาการหัวหน้าฝ่ายอำนวยการและสวัสดิการสมาชิก

รักษาการผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูนนทบุรี จำกัด

---

ความเห็นประธานกรรมการฯ

- ( ) อนุมัติ เงินสวัสดิการฯ เป็นเงินจำนวน ..... บาท (.....)  
( ) ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

.....  
(นายนรากร ไหลหรั่ง)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์ครูนนทบุรี จำกัด