



ระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์ครุฑนทบุรี จำกัด
ว่าด้วย เงินสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิก กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโควิด-๑๙ (covid-๑๙)
พ.ศ. ๒๕๖๔

อาศัยอำนาจตามความในข้อบังคับสหกรณ์ออมทรัพย์ครุฑนทบุรี จำกัด พ.ศ.๒๕๔๓ ข้อ ๗๙ (๘) และข้อ ๑๐๗ (๑๑) โดยมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์ครุฑนทบุรี จำกัด ชุดที่ ๖๑ ครั้งที่ ๙ เมื่อวันที่ ๒๑ เดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๖๔ ให้กำหนดระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์ครุฑนทบุรี จำกัด ว่าด้วย เงินสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิก กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโควิด-๑๙ (covid-๑๙) พ.ศ. ๒๕๖๔ ไว้ ดังนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า "ระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์ครุฑนทบุรี จำกัด ว่าด้วย เงินสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิก กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโควิด-๑๙ (covid-๑๙) พ.ศ. ๒๕๖๓ "

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับ ตั้งแต่วันที่ ๒๓ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๔

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์ครุฑนทบุรี จำกัด ว่าด้วยเงินสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิก กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโควิด-๑๙ (covid-๑๙) พ.ศ. ๒๕๖๓ " ประกาศ หรือมติอื่นใด ที่ขัดแย้งกับระเบียบนี้และให้ใช้ระเบียบนี้แทน

ข้อ ๔ ในระเบียบนี้

"เชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโควิด-๑๙ (covid-๑๙)"

| | |
|--------------|---|
| หมายถึง | โรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ |
| "สหกรณ์" | หมายถึง สหกรณ์ออมทรัพย์ครุฑนทบุรี จำกัด |
| "สมาชิก" | หมายถึง สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครุฑนทบุรี จำกัด |
| "คณะกรรมการ" | หมายถึง คณะกรรมการดำเนินการ สหกรณ์ออมทรัพย์ครุฑนทบุรี จำกัด |

| | |
|-----------------|--|
| "ประธานกรรมการ" | หมายถึง ประธานกรรมการดำเนินการ สหกรณ์ออมทรัพย์ครุฑนทบุรี จำกัด |
|-----------------|--|

| | |
|-----------------|---|
| "ใบรับรองแพทย์" | หมายถึง รายงานสภาวะสุขภาพอนามัยของผู้หนึ่งผู้ใด ซึ่งออกโดยแพทย์ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์สภา |
|-----------------|---|

ข้อ ๕ ทุนสวัสดิการนี้ ใช้จากงบประมาณประจำปี ๒๕๖๔ หมวดสวัสดิการ รายการสวัสดิการสมาชิก ประสบอุบัติเหตุ

ข้อ ๖ สมาชิกที่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิก สมาชิกต้องเป็นผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโควิด-๑๙ (covid-๑๙) เท่านั้น

ข้อ ๗ สหกรณ์จ่ายเงินสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิก กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (covid-๑๙) รายละ ๕,๐๐๐ บาท

ข้อ ๘ เมื่อสมาชิกตรวจพบว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโควิด-๑๙ (covid-๑๙) ให้สมาชิก หรือทายาทแจ้งเป็นหนังสือพร้อมทั้งแนบหลักฐาน ใบรับรองแพทย์ เพื่อประกอบการพิจารณาการขอรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิก ภายใน ๙๐ วัน นับตั้งแต่วันที่สมาชิกทราบผลการตรวจ หากพ้นกำหนดนี้แล้ว ถือว่าหมดสิทธิ์ในการขอรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์

ข้อ ๙ ให้คณะกรรมการดำเนินการ เป็นผู้พิจารณาเงินสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิก และเสนอให้ประธานกรรมการอนุมัติจ่ายเงิน

ข้อ ๑๐ การจัดสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิกกรณีเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโควิด-๑๙ (covid-๑๙) สมาชิกขอรับสวัสดิการสงเคราะห์ได้เพียง ๑ ครั้ง เท่านั้น

ข้อ ๑๑ ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามระเบียบนี้ ให้คณะกรรมการดำเนินการเป็นผู้มีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาด

ข้อ ๑๒ ให้ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูนนทบุรี จำกัด รักษาการตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๔



(นายเอนก ล่วงลือ)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์ครูนนทบุรี จำกัด



ใบคำขอรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิก
กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 (COVID-19) พ.ศ. 2564
สหกรณ์ออมทรัพย์ครูนนทบุรี จำกัด

.....

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....เลขที่สมาชิก.....
ตำแหน่ง.....สังกัด.....
หน่วยบริการ.....โทรศัพท์(มือถือ).....

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิก กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 (COVID-19)
พ.ศ. 2564 ดังนี้

ได้รับการวินิจฉัยโรค (ผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 เมื่อวันที่.....)

กรณีเป็นผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 (รักษาในสถานพยาบาล ได้รับเงินช่วยเหลือ 5,000 บาท)

ขอส่งเอกสารหลักฐานประกอบการพิจารณาช่วยเหลือ ดังนี้

| |
|---|
| 1. แบบคำขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิก กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ตามที่สหกรณ์กำหนด) |
| 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรข้าราชการ จำนวน 1 ใบ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง) |
| 3. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ใบ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง) |
| 4. สำเนาหน้าบัญชีธนาคารกรุงศรีหรือธนาคารกรุงไทย จำนวน 1 ใบ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง) |
| 5. เอกสารหลักฐานใบรับรองแพทย์หรือผลการตรวจวินิจฉัยจากโรงพยาบาลว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (ฉบับจริง) |

ข้าพเจ้ายินดีให้สหกรณ์โอนเงินดังกล่าวเข้าบัญชีออมทรัพย์ธนาคารกรุงศรีอยุธยาหรือธนาคารกรุงไทย
ตามเอกสารที่แนบ

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้ว

- ขอรับเงินสวัสดิการไม่เกินกำหนดระยะเวลา
 เอกสารหลักฐานครบถ้วนถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(.....)
วันที่ขอรับสวัสดิการ.....

หมายเหตุ: สมาชิกมีสิทธิขอรับเงินสวัสดิการนี้ได้เพียงครั้งเดียว ตลอดอายุการเป็นสมาชิก และยื่นขอรับเงินสวัสดิการ
ดังกล่าวภายใน 90 วัน นับแต่วันที่ได้รับทราบผลการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์หรือโรงพยาบาล