



แบบคำขอรับเงินสวัสดิการ (การเสียชีวิต)
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด

สก.1

วันที่.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการ

- ส.1 ทุนสาธารณสุขประโยชน์เพื่อสงเคราะห์เกี่ยวกับการจัดการศพ ส.2 กองทุนสวัสดิการสมาชิก
- ส.3 กองทุนสวัสดิการเพื่อช่วยเหลือการสูญเสียชีวิต ส.4 ค่าพวงหรีด
- ส.5 ทุนสงเคราะห์สมาชิกผู้ค้าประกันเงินกู้สามัญทั่วไป อื่น ๆ.....

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน.....

สมาชิกเลขที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีสิทธิรับเงินสวัสดิการของ..... ซึ่งเป็น สมาชิกสามัญ สมาชิกสมทบ

เลขที่.....หรือเป็น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ของ.....

สมาชิกเลขที่..... ซึ่งเสียชีวิตเมื่อวันที่.....

ข้าพเจ้าได้ยื่นพร้อมคำขอรับเงินนี้ด้วยแล้ว คือ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เสียชีวิต สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขอรับเงิน
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต (ประทับตรา “ตาย”) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับเงิน
- สำเนาใบมรณบัตรของผู้เสียชีวิต รูปถ่ายการวางพวงหรีด

กรณีและผู้เสียชีวิตมีหนี้ค้ำประกันแก่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด ข้าพเจ้ายินยอมให้นำเงินดังกล่าวชำระหนี้หรือภาระผูกพันอื่นของผู้เสียชีวิตที่มีต่อสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด และสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ฯ (ธอส)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นผู้มีสิทธิรับเงินสวัสดิการ และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าเป็นเท็จข้าพเจ้ายินดีคืนเงินที่สหกรณ์จ่ายให้ทั้งหมดโดยทันทีเมื่อได้รับแจ้ง

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงิน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงิน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงิน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงิน
(.....)

| สำหรับเจ้าหน้าที่สหกรณ์ | |
|--|---|
| <p>เรียน ผู้จัดการ ได้ตรวจสอบข้อมูลของ..... เลขที่สมาชิก.....อายุ.....ปี.....เดือน เป็นสมาชิก.....ปี.....เดือนจำนวนเงินที่ได้รับตามระเบียบ</p> <p>ส.1. จำนวน.....บาท ส.2. จำนวน.....บาท ส.3. จำนวน.....บาท ส.4. จำนวน.....บาท ส.5. จำนวน.....บาท อื่น ๆ จำนวน.....บาท</p> <p>รวมเป็นเงินจำนวน.....บาท</p> <p>เพื่อโปรดพิจารณา</p> <p>ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ (.....)</p> | <p><input type="checkbox"/> เห็นควรเสนอคณะกรรมการสวัสดิการเพื่อพิจารณา</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้จัดการ (.....)</p> <p>มติที่ประชุมคณะกรรมการ <input type="checkbox"/> สวัสดิการ <input type="checkbox"/> ดำเนินการ ครั้งที่.....วันที่.....</p> <p>มีมติ <input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ</p> <p>.....</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน (.....)</p> <p>วันที่.....</p> |