สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด

แบบขอรับสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกและครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ป่วยติดเตียง

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด

ข้าพเจ้า ..... เลขที่สมาชิก ..... สังกัด .....

มีความประสงค์ขอรับสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกและครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ป่วยติดเตียงคือ

☐ ข้าพเจ้า (สมาชิกสหกรณ์) ☐ บิดา มารดา ชื่อ.....

☐ คู่สมรส ชื่อ..... ☐ บุตร ชื่อ.....

ซึ่งเป็นผู้ป่วยติดเตียงตามใบรับรองแพทย์ โดยได้แนบเอกสารดังนี้

1. ใบรับรองแพทย์ซึ่งรับรองการเป็นผู้ป่วยติดเตียงในรอบปีบัญชีสหกรณ์
2. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิก
3. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ที่แสดงให้เห็นถึงความเป็นบิดา, มารดา, คู่สมรส, บุตร (เช่น สำเนาบัตรพร้อมทะเบียนบ้าน, ทะเบียนสมรส)
4. กรณีสมาชิกเป็นผู้ป่วยติดเตียงและมอบอำนาจ ให้แนบสำเนาบัตรผู้รับมอบอำนาจ

ลงชื่อ ..... สมาชิก (หรือผู้รับมอบอำนาจจากสมาชิก)

(.....)

สำหรับกรรมการสหกรณ์

ข้าพเจ้า ..... คณะกรรมการดำเนินการชุดที่ ..... ปีบัญชี .....

ขอรับรองว่า.....

เป็นผู้ป่วยติดเตียง ที่ต้องรักษาตัวอยู่บนเตียง และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

ลงชื่อ ..... กรรมการ

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่สหกรณ์

ได้ตรวจสอบข้อมูลแล้ว ( ) เอกสารครบถ้วน

( ) สมาชิกส่งค่าหุ้นมาแล้ว ..... งวด (เกิน 12 งวด)ได้รับสวัสดิการนี้ตั้งแต่ปี พ.ศ. .....

☐ ตัวสมาชิก จำนวนเงิน..... บาท ☐ บิดามารดา จำนวนเงิน.....บาท

☐ คู่สมรส จำนวนเงิน.....บาท ☐ บุตร จำนวนเงิน.....บาท

ลงชื่อ ..... เจ้าหน้าที่

(.....)

ตรวจสอบแล้ว

เสนอคณะกรรมการดำเนินการพิจารณา

ลงชื่อ .....ผู้จัดการ

(.....)

คณะกรรมการดำเนินการพิจารณาอนุมัติ วันที่.....

(ชุดที่.....ประชุมครั้งที่...../.....)

(ถือใช้วันที่ 1 ส.ค. 2565)