แบบคำขอรับสวัสดิการช่วยเหลือบุตรสมาชิกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

วันที่.....

เรียน ประธานกรรมการ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด

ขาพเจา (นาย/นาง/นางสาว).....เป็นสมาชิกสหกรณ์ ฯ เลขที่สมาชิก..... สังกัด..... ส่งค่าหุ้นมาแล้ว.....งวด โทรศัพท..... โทรศัพท์มือถือ.....

ข้าพเจ้ามีความประสงคขอรับสวัสดิการช่วยเหลือบุตรสมาชิกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา **(1 คำขอต่อบุตร 1 คน)** ชื่อบุตร.....อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปี เกิดของบุตร .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(.....)

ผูขอรับเงิน

หมายเหตุ : 1. ต้องเป็นสมาชิกตามข้อบังคับ ข้อ 32 (2) และข้อ 50 (2) ก.,จ. และเป็นสมาชิกผู้ส่งค่าหุ้นมาแล้ว ไม่น้อยกว่า 6 งวด

2. สามารถยื่นขอรับเงินสวัสดิการนี้ต่อเนื่องได้ทุกปี ๆ ละ 2,500 บาท และรับสวัสดิการนี้ได้ไม่เกิน 5 ปี ต่อบุตร 1 คน

3. ในกรณีที่สามีและภรรยาเป็นสมาชิกสหกรณ์ ให้ถือเสมือนว่าเป็นบุคคลคนเดียวกัน ใช้สิทธิ์รับสวัสดิการนี้ได้เพียง 1 คน

4. หากให้ข้อมูลหรือเอกสารอันเป็นเท็จ สหกรณ์ยกเลิกสิทธิการให้สวัสดิการและเรียกคืนเงินสวัสดิการที่จ่ายไปแล้วทั้งหมด

สมาชิกมีความประสงค์จะนำฝากเงินสวัสดิการช่วยเหลือบุตรสมาชิกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ฝากเข้าบัญชีของสมาชิกหรือไม่

( ) นำฝากเข้าบัญชีของสหกรณ์ บัญชีเลขที่.....

( ) นำฝากเข้าบัญชีของธนาคารกรุงไทย บัญชีเลขที่.....

( ) รับเป็นเงินสด

หลักฐานขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือ จำนวน 1 ชุด

( ) สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิก ( ) สำเนาทะเบียนบ้าน

( ) สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือเอกสารแสดงความเป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย (ระบุชื่อเอกสาร).....

( ) ใบรับรองแพทย์ที่แสดงให้ทราบว่าบุตรมีความบกพร่องทางสติปัญญา หรือ

( ) บัตรประจำตัวผู้พิการที่ระบุด้านการบกพร่องทางสติปัญญา ออกโดยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

สำหรับเจ้าหน้าที่สหกรณ์

ได้ตรวจสอบแล้ว ( ) เอกสารครบถ้วน ( ) มีคุณสมบัติเป็นไปตามระเบียบ มีสิทธิรับเงินสวัสดิการ จำนวนเงิน ..... บาท

การรับสวัสดิการ ( ) **ไม่เคย**ได้รับสวัสดิการ

( ) **เคย**ได้รับสวัสดิการ **ในปีบัญชี**..... รวมรับสวัสดิการแล้ว.....ปี (ไม่รวมครั้งนี้)

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....) (.....)

เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ ผู้อนุมัติ

เริ่มใช้ 19 มกราคม 2569