 **คำขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกที่ทุพพลภาพ**

 **สหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกระทรวงศึกษาธิการจังหวัดตาก จำกัด**

วันที่..................................................

**เรียน** ประธานกรรมการหรือผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกระทรวงศึกษาธิการจังหวัดตาก จำกัด

ข้าพเจ้า.................................................................................................สมาชิกเลขที่...............................ตำแหน่ง..........................................................สังกัด...............................................................................................โทรศัพท์(มือถือ)............................................... มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการฯนี้ และขอให้ข้อมูลเพิ่มเติมการทุพพลภาพ ดังนี้ 🖵 มือพิการ ..............ข้าง 🖵 เท้าพิการ.............ข้าง

🖵 ดวงตาพิการ............ข้าง 🖵 หูหนวกถาวรหรือสูญเสียใบหู.............ข้าง

 🖵 โรจจิตบกพร่องหรือฟั่นเฟือนตลอดชีวิต

 🖵 อัมพาตทั้งตัว หรือแขนขาตายเคลื่อนไหวไม่ได้

ทุพพลภาพเนื่องจาก..............................................................................เมื่อวันที่.....................................

กรณีที่ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการฯ ข้าพเจ้าขอรับ 🖵 เงินสด 🖵 โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์สหกรณ์......................................................

**หมายเหตุ** สมาชิกคนหนึ่งๆ มีสิทธิขอรับสวัสดิการนี้ได้เพียงครั้งเดียวตลอดอายุการเป็นสมาชิก และเป็นสมาชิกมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปียื่นขอรับสวัสดิการภายในไม่เกิน 90 วันนับจากวันเกิดเหตุการณ์

**สำหรับเจ้าหน้าที่**

ตรวจสอบแล้ว

○ อายุการเป็นสมาชิก.................ปี

○ ขอรับสวัสดิการไม่เกินกำหนด

○ เอกสารหลักฐานครบถ้วน

○ รับสวัสดิการ................................บาท

ลงชื่อ..................................................ผู้ตรวจสอบ

วันที่..........................................................

ลงชื่อ.........................................................ผู้ขอรับสวัสดิการ

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

 วันที่............................................................

**สำหรับผู้มีอำนาจอนุมัติ**

🖵 อนุมัติ

🖵 ไม่อนุมัติ เนื่องจาก...............................................................

 ลงชื่อ...........................................................ประธานกรรมการ/ผู้จัดการ

 วันที่.............................................................

-------------------------------------------------------------------------------------------------

**เอกสารประกอบการขอรับสวัสดิการ**

1. แบบคำขอรับสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกที่ทุพพลภาพ

2. สำเนาใบรับรองแพทย์ที่บ่งบอกถึงการทุพพลภาพอวัยวะนั้นๆอย่างชัดเจน

3. รูปถ่าย

4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน(ผู้รับสวัสดิการ)