



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

46/53-54 ซอยศรีโสธรตัดใหม่18 ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา 24000

โทร. 038-516731, 096-9743218

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการกรณีทุพพลภาพ สูญเสียอวัยวะ

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

ข้าพเจ้า.....เลขทะเบียน.....สังกัด.....

เข้าเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ เมื่อวันที่.....รวมระยะเวลา.....ปี โทรศัพท์/มือถือ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการกรณีทุพพลภาพ สูญเสียอวัยวะ

- ทุพพลภาพโดยสิ้นเชิง เป็นเงินจำนวน 30,000 บาท
- สูญเสียมือ - เท้า - ดวงตา ทั้ง 2 ข้าง หรือ 2 อย่างขึ้นไป เป็นเงินจำนวน 30,000 บาท
- สูญเสียมือ - เท้า - ดวงตา ข้างใดข้างหนึ่ง หรือ 1 อวัยวะ เป็นเงินจำนวน 15,000 บาท

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ } และ  สำเนาสมุดจดทะเบียนผู้พิการ (พร้อมฉบับจริง)
- สำเนาบัตรข้าราชการ }
- หลักฐานอื่น ๆ (ระบุ).....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)

.....

(.....)

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการทุพพลภาพ สูญเสียอวัยวะ

|   |  |
|---|--|
| <p>เรียน ผู้จัดการผ่านรองผู้จัดการ</p> <p>ตามที่.....</p> <p>เลขทะเบียน.....ได้แจ้งความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการกรณีทุพพลภาพ สูญเสียอวัยวะ</p> <p>เจ้าหน้าที่สหกรณ์ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้องเรียบร้อยแล้วตามระเบียบฯ เห็นสมควรนำเสนออนุมัติเพื่อจ่ายเงินสวัสดิการกรณีทุพพลภาพ สูญเสียอวัยวะ เป็นเงินจำนวน.....บาท (.....)</p> <p>ต่อไป</p> <p>(ลงชื่อ) .....</p> <p>เจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ</p> | <p>เรียน เற்றுญิก</p> <p>เพื่อโปรดนำเสนออนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการกรณีทุพพลภาพ สูญเสียอวัยวะ เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)</p> <p>(ลงชื่อ) .....</p> <p>ผู้จัดการ</p>  |
| <p>(ลงชื่อ) .....</p> <p>รองผู้จัดการ</p>   | <p>เรียน ประธานกรรมการฯ</p> <p>เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ</p> <p>(ลงชื่อ) .....</p> <p>ற்றுญิก</p> <p><input type="radio"/> อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ แล้วนำเสนอคณะกรรมการดำเนินการเพื่อทราบต่อไป</p> <p>(ลงชื่อ) .....</p> <p>ประธานกรรมการดำเนินการ</p> |

\*\*\*การขอรับเงินสวัสดิการกรณีทุพพลภาพ สูญเสียอวัยวะ ให้ยื่นเรื่องเพื่อขอรับเงินภายในกำหนด 120 วัน นับแต่วันที่ทุพพลภาพ หรือสูญเสียอวัยวะ\*\*\*