ให้ยื่นขอรับเงิน ไม่เกิน 1 ปี
นับตั้งแต่วันที่สมาชิกเสียชีวิต

คำขอรับเงินทุนสวัสดิการเพื่อช่วยเหลือสมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครราชสีมา จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครราชสีมา จำกัด

เนื่องจาก(ชื่อสมาชิกผู้เสียชีวิต).....เลขบัตรประจำตัวประชาชน
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ สมาชิกเลขทะเบียนที่.....เคยปฏิบัติราชการในตำแหน่ง
.....หน่วยงาน(รพ./สสอ./ศูนย์).....อำเภอ.....
จังหวัด..... ได้เสียชีวิตเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ด้วยสาเหตุ.....

◯ ผู้รับผลประโยชน์/ทายาทโดยธรรม

1. ..... เกี่ยวข้องเป็น..... เบอร์โทร.....
2. ..... เกี่ยวข้องเป็น..... เบอร์โทร.....
3. ..... เกี่ยวข้องเป็น..... เบอร์โทร.....
4. ..... เกี่ยวข้องเป็น..... เบอร์โทร.....
5. ..... เกี่ยวข้องเป็น..... เบอร์โทร.....

มีความประสงค์ขอรับเงินทุนสวัสดิการเพื่อช่วยเหลือสมาชิก ข้าพเจ้าทุกคนในฐานะเป็นผู้รับเงินช่วยเหลือซึ่งสมาชิกผู้เสียชีวิต ระบุให้มีสิทธิ์รับเงิน ตามจำนวนเงินที่ระเบียบว่าด้วยเงินทุนสวัสดิการเพื่อช่วยเหลือสมาชิกได้กำหนดไว้

โดยทั้งนี้ หากสมาชิกผู้เสียชีวิต มีภาระหนี้สินค้างชำระอยู่กับสหกรณ์ให้สหกรณ์นำเงินช่วยเหลือดังกล่าวชำระหนี้ก่อนเป็นอันดับแรกส่วนที่เหลือจึงจ่ายให้แก่ผู้รับเงินช่วยเหลือต่อไป จึงขอยื่นเอกสารประกอบการขอรับเงิน ดังนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงิน
(.....)

<u>เอกสารของผู้รับผลประโยชน์ทุกคน</u>

1. สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
2. สำเนาใบสำคัญการสมรส/ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล(ถ้ามี)

ยื่นพร้อมเอกสารตัวจริงเพื่อให้เจ้าหน้าที่สหกรณ์ตรวจสอบ

<u>เอกสารของผู้เสียชีวิต</u>

1. สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
2. สำเนาใบมรณบัตร

ยื่นพร้อมเอกสารตัวจริงเพื่อให้เจ้าหน้าที่สหกรณ์ตรวจสอบ

<u>ความเห็นของเจ้าหน้าที่</u> ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบคำขอรับเงินแล้ว

- เข้าเป็นสมาชิกเมื่อ..... รวมอายุการเป็นสมาชิก.....ปี.....เดือน

เห็นควรอนุมัติจ่ายเงินตามระเบียบฯ เป็นเงิน.....บาท (.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ
(.....)

(ลงชื่อ).....หัวหน้าฝ่าย
(.....)

(ลงชื่อ).....รองผู้จัดการ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จัดการ
(.....)

<u>ความเห็นของคณะกรรมการดำเนินการ</u> ตามมติที่ประชุม ชุดที่.....ครั้งที่.....วันที่.....

◯ อนุมัติ ◯ ไม่อนุมัติ

(ลงชื่อ).....เลขานุการ/ประธานกรรมการ
(.....)