คำร้องขอรับเงินสวัสดิการเพื่อการสงเคราะห์สมาชิกผู้ทุพพลภาพ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี สมาชิกเลขที่.....
สังกัด.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....ที่อยู่ปัจจุบัน.....
ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการเพื่อการสงเคราะห์สมาชิกผู้ทุพพลภาพ

ทุพพลภาพเนื่องจาก.....ตั้งแต่วันที่.....

หลักฐานการขอรับเงินสวัสดิการ ดังนี้

☐ สำเนาทะเบียนบ้านสมาชิก

☐ สำเนาบัตรประชาชนของสมาชิก หรือบัตรข้าราชการ

☐ ใบรับรองแพทย์แผนปัจจุบันชั้น 1

☐ ภาพถ่าย

ขอรับเงินสวัสดิการโดย

☐ เข้าบัญชีสหกรณ์ฯ .....

☐ เข้าบัญชีธนาคาร .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความและเอกสารข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากเป็นเท็จข้าพเจ้าตกลงรับผิดชอบในความเสียหายที่อาจเกิดขึ้น และยินดีที่จะให้สหกรณ์ดำเนินคดีตามกฎหมาย

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับสวัสดิการ

(.....)

หมายเหตุ : ผู้ทุพพลภาพ หมายความว่า สมาชิกผู้ได้รับอันตรายจากการเจ็บไข้ได้ป่วย หรืออุบัติเหตุจนไม่สามารถประกอบอาชีพใด ๆ ได้ หรือผู้ที่สูญเสียอวัยวะ ดังต่อไปนี้ (1) สูญเสียตาข้างหนึ่งหรือสองข้าง และไม่มีทางรักษาให้หายได้ (2) สูญเสียมือหรือเท้าข้างหนึ่งหรือสองข้าง (3) สูญเสียการได้ยินและไม่มีทางรักษาให้หายได้

สำหรับเจ้าหน้าที่

เรียน ประธานคณะกรรมการศึกษาและประชาสัมพันธ์

นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกเลขที่.....อายุการเป็นสมาชิก.....ปี.....เดือน
มีสิทธิ์ได้รับสวัสดิการเป็นเงิน.....บาท

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจสอบ

(.....)