

แบบคำร้องขอรับเงินสวัสดิการจากสหกรณ์ออมทรัพย์ครูเชียงราย จำกัด

กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

~~~~~

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2564

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูเชียงราย จำกัด สมาชิกเลขที่.....สังกัดหน่วย.....

อำเภอ.....จังหวัดเชียงราย ได้เข้ารับการรักษา / รักษาตัว ที่โรงพยาบาล.....

อำเภอ.....จังหวัด..... เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....

ซึ่งแพทย์ได้ตรวจแล้ว ยืนยันว่าข้าพเจ้าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ดังนั้นข้าพเจ้าจึงขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือจากสหกรณ์ฯ ตามมาตรการช่วยเหลือสมาชิกสหกรณ์ฯ โดยข้าพเจ้าได้แนบเอกสาร / หลักฐาน ประกอบการพิจารณา ประกอบด้วย

1. สำเนาหนังสือรับรองจากแพทย์ (ผลตรวจยืนยันการติดเชื้อฯ) จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / บัตรข้าราชการ จำนวน 1 ฉบับ
3. สำเนาหน้าบัญชีเงินฝากของสหกรณ์ฯ (กรณีต้องการระบุบัญชี) จำนวน 1 ฉบับ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....  
(.....)

หลักเกณฑ์การให้เงินช่วยเหลือ

| ระยะเวลาในการรักษาตัว | จำนวนเงิน (บาท) |
|-----------------------|-----------------|
| 1 – 14 วัน            | 5,000           |
| 15 – 30 วัน           | 7,500           |
| 31 วันขึ้นไป          | 10,000          |

ความเห็นกรรมการ/อนุกรรมการ ประจำหน่วย

.....

ลงชื่อ.....  
(.....)

| ฝ่ายจัดการ                                                                                                                                                                                                              | คณะกรรมการฝ่ายสวัสดิการ                                                                                                                                                      | คณะกรรมการดำเนินการ                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ได้รับคำร้องขอรับเงินฯ<br>เมื่อวันที่.....<br>ระยะเวลาการรักษาตัว.....วัน<br>เอกสาร<br><input type="checkbox"/> ครบถ้วน/ถูกต้อง<br><input type="checkbox"/> ไม่ครบถ้วน<br><br>(ลงชื่อ).....<br>เจ้าหน้าที่ผู้รับคำร้องฯ | คณะกรรมการฝ่ายสวัสดิการ<br>-เสนอความเห็น<br><input type="checkbox"/> อนุมัติเงินสวัสดิการ<br>ช่วยเหลือ จำนวน..... บาท<br><input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ<br>เหตุผล ..... | คณะกรรมการดำเนินการ<br>-เสนอคณะกรรมการดำเนินการ<br>ในการประชุมครั้งที่ ...../2564<br><input type="checkbox"/> อนุมัติ<br><input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ<br>เหตุผล ..... |
|                                                                                                                                                                                                                         | (ลงชื่อ).....<br>ประธานกรรมการสวัสดิการ                                                                                                                                      | (ลงชื่อ).....<br>ประธานกรรมการ                                                                                                                                               |