



แบบคำขอรับเงินสวัสดิการดูแลสุขภาพสมาชิกทุพพลภาพ
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด

วันที่ เดือน พ.ศ.

1. ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว สมาชิกเลขที่.....
สังกัดหน่วยงาน.....ที่อยู่ปัจจุบัน.....
เบอร์โทรศัพท์.....ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล.....
หรือนอนรักษาตัวอยู่ที่.....เนื่องจากป่วยเป็นโรค.....
มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการดูแลสุขภาพสมาชิกทุพพลภาพ จำนวน 3,000.00 บาท (สามพันบาทถ้วน)
โดยโอนเงินเข้า ☐ บัญชีเงินฝากออมทรัพย์พิเศษเลขที่.....
☐ ธ.กรุงไทย เลขที่..... ☐ ธกส. เลขที่.....
☐ ธ.ไทยพาณิชย์ เลขที่.....หรือ ☐ รับเป็นเงินสด
โดยแนบหลักฐานการขอรับเงินดังนี้

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของสมาชิก
☐ สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิก
☐ แบบฟอร์มตามที่สหกรณ์กำหนด พร้อมทั้งคณะกรรมการสหกรณ์ฯ ในหน่วยงานของสมาชิก
รับรองการทุพพลภาพ ของสมาชิก
☐ รูปถ่ายสมาชิกทุพพลภาพ ประกอบการรับเงิน
☐ ใบรับรองแพทย์ที่ระบุว่า เป็นบุคคลทุพพลภาพหรือใบประเมินจากหน่วยงานสาธารณสุขบุคคลที่มี
ภาวะพึ่งพิงและมีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์
(Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 4 คะแนนตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....สมาชิก/ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)

2. กรณีมอบฉันทะ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว สมาชิกเลขที่.....
ขอมอบฉันทะให้ นาย/นาง/นางสาวซึ่งได้มีความเกี่ยวข้อง
ในฐานะ.....ให้เป็นผู้ยื่นคำขอและรับเงินแทน โดยการนี้ข้าพเจ้า
ขอรับผิดชอบเสมือนได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

(ลงชื่อ).....สมาชิกผู้มอบฉันทะ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบฉันทะ
(.....)

หมายเหตุ : กรณีมอบฉันทะให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบฉันทะด้วย

สำหรับคณะกรรมการสหกรณ์ฯ ในหน่วยงานของสมาชิก

ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาวสมาชิกเลขที่.....
 หน่วยงานเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯจริง

(ลงชื่อ).....คณะกรรมการประจำหน่วย
 (.....)
 วันที่

สำหรับเจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ

ผู้ตรวจสอบเอกสาร	ผู้จัดการ	ผู้อนุมัติ
ได้ตรวจสอบแล้วสมาชิกรายนี้ ☐ เป็นสมาชิก ☐ เอกสารถูกต้องครบถ้วน (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ธุรการ วันที่	ความเห็น ☐ อนุมัติง่าย ☐ ไม่อนุมัติง่าย (ลงชื่อ)..... (.....) ผู้จัดการ วันที่	ความเห็น ☐ อนุมัติง่าย ☐ ไม่อนุมัติง่าย (ลงชื่อ)..... (.....) ประธานกรรมการ วันที่
ผู้จ่ายเงิน ได้ทำการจ่ายเงินสวัสดิการดูแลสมาชิกสหกรณ์ฯ เป็นเงินจำนวน 3,000.00 บาท (สามพันบาทถ้วน) เรียบร้อยแล้ว (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่การเงิน วันที่		