



รับที่.....
วันที่.....

**แบบขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจนพิการ
สหกรณ์ออมทรัพย์กรมประชาสัมพันธ์ จำกัด**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการ

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....สมาชิกเลขที่.....
เป็นสมาชิกสหกรณ์มาแล้ว.....ปี ปัจจุบัน ดำรงตำแหน่ง.....
สังกัดสำนัก/กอง.....หรือ ปัจจุบันเป็นข้าราชการบำนาญ ลูกจ้างบำเหน็จรายเดือน
ข้าพเจ้าอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน :.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ เบอร์ส่วนตัว..... เบอร์ราชการ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการเพื่อสงเคราะห์สมาชิกผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจนพิการ เนื่องจาก
 ประสบอุบัติเหตุร้ายแรง จนทำให้ ทูพพลภาพ/พิการสิ้นเชิงถาวร ทูพพลภาพ/พิการบางส่วนถาวร
เมื่อวันที่.....

เจ็บป่วยวิกฤต จนทำให้ ทูพพลภาพ/พิการสิ้นเชิงถาวร ทูพพลภาพ/พิการบางส่วนถาวร
เมื่อวันที่.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

- สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิก สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ หรือบัตรประจำตัวประชาชน
- หนังสือรับรองของผู้บังคับบัญชา/ผู้รับบำนาญหรือบำเหน็จรายเดือนรับรองตนเอง
- ภาพถ่ายสมาชิกที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจนพิการ จำนวน.....ภาพ
- โอนเงินสวัสดิการ เข้าบัญชีธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี.....
- ชื่อบัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....สมาชิก
(.....)

<p>คำรับรองของผู้บังคับบัญชา/ผู้รับบำนาญหรือบำเหน็จรายเดือนรับรองตนเอง</p> <p>ขอรับรองว่า สมาชิกผู้ขอรับเงินสวัสดิการเพื่อสงเคราะห์สมาชิกผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจนพิการตามข้อความข้างต้น เป็นจริงทุกประการ</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง (.....)</p> <p>ตำแหน่ง.....ผู้บังคับบัญชาสมาชิกที่ยังไม่เกษียณ/ผู้รับบำนาญหรือบำเหน็จรายเดือนรับรองตนเอง</p>
--