

แบบคำขอรับเงินสวัสดิการ
สหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจตระเวนชายแดนที่ 24 จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (กรณีสมาชิกเสียชีวิตให้ระบุชื่อทายาท)

เกี่ยวข้องกับ.....เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... โทรศัพท์.....

ขอรับเงินสวัสดิการของสหกรณ์ สำหรับสมาชิกราย.....

สมาชิกเลขที่..... โดยได้แนบเอกสารประกอบการขอรับเงินตามที่สหกรณ์กำหนดมาพร้อมนี้แล้ว

.....

ลงชื่อผู้ขอรับเงิน

เรียน ประธาน สอ.ตชด.24

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้ขอรับเงินมีสิทธิรับเงินสวัสดิการตามระเบียบของสหกรณ์

.....
(.....)

(ผู้บังคับบัญชาต้นสังกัดเป็นผู้รับรอง)

รายการรับ	จำนวนเงิน	สำหรับเจ้าหน้าที่
<input type="checkbox"/> เงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล (1,500 บาท)		<p>ได้ตรวจสอบแล้วสมาชิกรายนี้มีสิทธิรับเงินสวัสดิการตามรายการรับที่บันทึกไว้</p> <p>- เป็นสมาชิกสอ.ตชด.24 เมื่อ...../...../.....</p> <p>รวมอายุสมาชิกปี.....เดือน</p> <p>- มีหุ้น.....บาท</p> <p>- มีหนี้.....บาท</p> <p>- มีเงินฝากต่อสหกรณ์.....บาท</p> <p>ลงชื่อ.....จนท.สหกรณ์</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้จัดการ</p>
<input type="checkbox"/> เงินช่วยเหลือค่าจัดการศพสมาชิก (10,000 บาท)		
<input type="checkbox"/> เงินค่าพวงหรีดและสวดอภิธรรมศพสมาชิก(5,000 บาท)		
<input type="checkbox"/> เงินช่วยเหลือค่าจัดการศพคู่สมรสสมาชิก (10,000 บาท)		
<input type="checkbox"/> เงินช่วยเหลือค่าจัดการศพบุตรสมาชิก (5,000 บาท)		
<input type="checkbox"/> เงินกองทุนฯ กรณีเสียชีวิต (100,000 บาท) (เป็นสมาชิกไม่น้อยกว่า 5 ปี)		
<input type="checkbox"/> เงินสวัสดิการเกษียณอายุ <input type="checkbox"/> ตามเกณฑ์อายุการเป็นสมาชิก (ปีละ 1,000 บาท แต่ไม่เกิน 15,000 บาท)		
รวมรับ		<p>ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ</p> <p style="text-align: center;">...../...../.....</p>

เอกสารประกอบการขอรับเงิน

รายการ	เอกสารแนบประกอบคำขอ
1. เงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล กรณีพักรักษาตัวในสถานพยาบาล จำนวน 1 คืนขึ้นไป ได้รับสิ่งของเยี่ยมป่วย หรือ จ่ายเป็นเงินสด (กรณีไม่ได้รับการเยี่ยมป่วย) จำนวน 1,500 บาท ปีละไม่เกิน 3 ครั้ง	1.กรณีเยี่ยมป่วย ผู้บังคับบัญชาต้นสังกัดแจ้งขอรับสิ่งของเพื่อเยี่ยมป่วยจากสหกรณ์ และนำส่งภาพการเยี่ยมป่วยให้สหกรณ์ในภายหลัง 2.กรณีไม่ได้รับการเยี่ยมป่วย ให้นำใบรับรองแพทย์หรือสำเนาใบรับรองแพทย์ที่ระบุวันเข้าและออกจากการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน
2. เงินช่วยเหลือสมาชิกถึงแก่กรรม หรือ คู่สมรส หรือ บุตร ถึงแก่กรรม 2.1 เงินช่วยเหลือจัดการศพสมาชิก รายละ 10,000 บาท 2.2 เงินค่าพวงหรีดและสวดอภิธรรมศพสมาชิก รายละ 5,000 บาท 2.3 เงินช่วยเหลือจัดการศพคู่สมรสสมาชิก รายละ 10,000 บาท 2.4 เงินช่วยเหลือจัดการศพบุตรสมาชิก รายละ 5,000 บาท	1.สำเนามรณะบัตร 2.สำเนาทะเบียนบ้านผู้ถึงแก่กรรม 3.สำเนาบัตร,สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ขอรับเงิน 4.สำเนาทะเบียนสมรส(กรณีสมรส)
3. เงินกองทุนสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิก (ยกเว้นการฆ่าตัวตายหรือการกระทำที่ผิดกฎหมาย เว้นความผิดละหุ โทษ) ต้องสมัครเป็นสมาชิกอายุไม่เกิน 65 ปี และเป็นสมาชิกติดต่อกันไม่น้อยกว่า 5 ปี ได้รับรายละ 100,000 บาท กรณีมีหนี้ต่อสหกรณ์ให้นำชำระหนี้ ส่วนที่เหลือจ่ายให้ทายาท	1.สำเนามรณะบัตร 2.สำเนาทะเบียนบ้านผู้ถึงแก่กรรม 3.สำเนาบัตร,สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ขอรับเงิน 4.สำเนาทะเบียนสมรส(กรณีสมรส)
4. สวัสดิการสมาชิกเกษียณอายุ	1. สำเนาหนังสือแสดงว่าเกษียณอายุ หรือออกจากงาน
5. เงินประกันชีวิต	1. สำหรับเงินประกันใช้เอกสารที่บริษัทฯ กำหนด

กรณีทายาทยื่นขอรับเงิน ให้ทายาทเรียงตามลำดับต่อไปนี้ ยื่นคำขอ

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| (1) ผู้สืบสันดาน (คู่สมรสหรือบุตร) | (2) บิดาหรือมารดา |
| (3) พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน | (4) พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน |
| (5) ปู่หรือย่าหรือตาหรือยาย | (6) ลุงหรือป้าหรือน้าหรืออา |