

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ ของผู้รับเงินและผู้รับช่วยเหลือ

1. สำเนาบัตรประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์ / ใบมรณะบัตร / คำสั่ง

แบบคำขอรับเงินสวัสดิการ

สหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจตระเวนชายแดนที่ 24 จำกัด



สวัสดิการ 2565

เรียน ประธาน สอ.ตชด.24

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าเลขประจำตัวประชาชน.....
 ที่อยู่ปัจจุบัน.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... โทรศัพท์.....

(ภาครื่องหมาย ลงในช่อง หรือ)

- เป็นสมาชิกสหกรณ์ ทะเบียนสมาชิกเลขที่.....
 ไม่เป็นสมาชิกสหกรณ์ เกี่ยวข้องกับสมาชิก เป็นคู่สมรส บุตร บิดา/มารดา อื่น ๆ

ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกตามระเบียบของสหกรณ์ ดังนี้

- สำหรับตนเอง
 สำหรับคู่สมรส บิดา / มารดา / บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....

การรับเงิน โดย ขอรับเงินสด ขอรับเงินเข้าบัญชีเงินฝากสหกรณ์ เลขที่.....
 ขอรับเงินเข้าบัญชีเงินเดือน ธ.กรุงไทย เลขที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
 (.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

รายการ	จำนวนเงิน	ข้อมูลสมาชิก
<input type="checkbox"/> เงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล สมาชิก (1,000 บาท)		ได้ตรวจสอบแล้วสมาชิกรายนี้มีสิทธิรับเงินสวัสดิการตามรายการรับที่บันทึกไว้ - เป็นสมาชิก เมื่อ...../...../..... รวมอายุสมาชิกปี.....เดือน ลงชื่อ.....จนท.สหกรณ์
<input type="checkbox"/> เงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล คู่สมรส (1,000 บาท)		
<input type="checkbox"/> เงินช่วยเหลือค่าจัดการศพ สมาชิก (10,000 บาท)		
<input type="checkbox"/> เงินค่าพวงหรีดและสวดอภิธรรมศพ สมาชิก (5,000 บาท)		
<input type="checkbox"/> เงินช่วยเหลือค่าจัดการศพ คู่สมรส (10,000 บาท)		
<input type="checkbox"/> เงินช่วยเหลือค่าจัดการศพ บิดา มารดา บุตร (5,000 บาท)		
<input type="checkbox"/> เงินกองทุนกรณีเสียชีวิต (เป็นสมาชิกไม่น้อยกว่า 5 ปี)		
<input type="checkbox"/> เงินสวัสดิการเกษียณอายุ ตามเกณฑ์อายุการเป็นสมาชิก (เกณฑ์ปีละ 1,000 บาท แต่ไม่เกิน 15,000 บาท)		ลงชื่อ.....ผู้จัดการ
รวม		

ความเห็นประธานกรรมการ/ผู้มีอำนาจ อนุมัติ
 ไม่อนุมัติ อื่นๆ

(ลงชื่อ)
 (.....)
 (ตำแหน่ง).....

เอกสารประกอบการขอรับเงิน

รายการ	เอกสารแนบประกอบคำขอ
1. เงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล กรณีพักรักษาตัวในสถานพยาบาล จำนวน 1 คืนขึ้นไป ได้รับสิ่งของเยี่ยมป่วย หรือ จ่ายเป็นเงินสด(กรณีไม่ได้รับการเยี่ยมป่วย) จำนวน 1,000 บาท ปีละไม่เกิน 3 ครั้ง	1.กรณีเยี่ยมป่วย ผู้บังคับบัญชาต้นสังกัดแจ้งขอรับสิ่งของเพื่อเยี่ยมป่วยจากสหกรณ์ และนำส่งภาพการเยี่ยมป่วยให้สหกรณ์ในภายหลัง 2.กรณีไม่ได้รับการเยี่ยมป่วย ให้นำใบรับรองแพทย์หรือสำเนาใบรับรองแพทย์ที่ระบุวันเข้าและออกจากการรักษาตัวในโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน
2. เงินช่วยเหลือสมาชิกถึงแก่กรรม หรือ คู่สมรส หรือ บุตร หรือ บิดา มารดา ถึงแก่กรรม 2.1 เงินช่วยเหลือจัดการศพสมาชิก รายละ 10,000 บาท 2.2 เงินค่าพวงหรีดและสวดอภิธรรมศพสมาชิก รายละ 5,000 บาท 2.3 เงินช่วยเหลือจัดการศพคู่สมรส รายละ 10,000 บาท 2.4 เงินช่วยเหลือจัดการศพ บิดา มารดา บุตร รายละ 5,000 บาท	1.สำเนาบัตร 2.สำเนาทะเบียนบ้านผู้ถึงแก่กรรม 3.สำเนาบัตร,สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ขอรับเงิน 4.สำเนาทะเบียนสมรส(กรณีสมรส)
3. เงินกองทุนสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิก (ยกเว้นการฆ่าตัวตายหรือการกระทำที่ผิดกฎหมาย เว้นความผิดละหุโทษ) ต้องสมัครเป็นสมาชิกอายุไม่เกิน 65 ปี และเป็นสมาชิกติดต่อกันไม่น้อยกว่า 5 ปี ได้รับรายละ 100,000 บาท กรณีมีหนี้ต่อสหกรณ์ให้นำชำระหนี้ ส่วนที่เหลือจ่ายให้ทายาท	1.สำเนาบัตร 2.สำเนาทะเบียนบ้านผู้ถึงแก่กรรม 3.สำเนาบัตร,สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ขอรับเงิน 4.สำเนาทะเบียนสมรส(กรณีสมรส)
4. สวัสดิการสมาชิกเกษียณอายุ ตามเกณฑ์อายุการเป็นสมาชิก (เกณฑ์ปีละ 1,000 บาท แต่ไม่เกิน 15,000 บาท)	1.สำเนานหนังสือแสดงว่าเกษียณอายุ หรือออกจากงาน หรือคำสั่ง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

กรณีทายาทยื่นขอรับเงิน ให้ทายาทเรียงตามลำดับต่อไปนี้ ยื่นคำขอ

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