



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด

34-35 ถนนสามัคคีสุข1 ตำบลบ่อยาง จังหวัดสงขลา 90000 โทรศัพท์ (074) -313229 , 436759-60

หนังสือแจ้งความประสงค์ขอรับสวัสดิการเงินสงเคราะห์สมาชิกผู้อายุเกิน 65 ปี

ชื่อ - นามสกุล		สมาชิกทะเบียนเลขที่	
เลขที่บัตรประชาชน / ข้าราชการ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>			
เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....		ปัจจุบันอายุ.....ปี	
		เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง	
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน			
เลขที่..... หมู่ที่ ตรอก/ซอย			
ถนน.....ตำบล/แขวง.....			
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....			
ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้			
เลขที่..... หมู่ที่ ตรอก/ซอย			
ถนน.....ตำบล/แขวง.....			
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....			
เป็น <input type="radio"/> ข้าราชการบำนาญ <input type="radio"/> ลูกจ้างประจำเกษียณ สังกัด.....			
อัตราเงินเดือน..... บาท (.....)			
สถานภาพสมรส <input type="radio"/> โสด <input type="radio"/> สมรส		ชื่อคู่สมรส.....	
<input type="radio"/> หย่า <input type="radio"/> หม้าย		สมาชิกทะเบียนเลขที่.....	
<input type="radio"/> ข้าพเจ้ามีความประสงค์รับเงินสงเคราะห์สมาชิกผู้อายุเกิน 65 ปี <input type="radio"/> ข้าพเจ้าไม่ขอรับเงินสงเคราะห์สมาชิกผู้อายุเกิน 65 ปี (รับเป็นสวัสดิการเงินสงเคราะห์สมาชิกเสียชีวิต ตามระเบียบสหกรณ์ฯ)			

ข้าพเจ้ารับทราบแล้วว่า สวัสดิการเงินสงเคราะห์สมาชิกผู้อายุเกิน 65 ปี คือ เงินสงเคราะห์สมาชิกเสียชีวิต ที่สมาชิกจะได้รับก่อนล่วงหน้าเป็นเงินสงเคราะห์ ปีละ 8,000 บาท สูงสุดไม่เกิน 80% ของวงเงินที่สมาชิกอาจได้รับเมื่อเสียชีวิตตามระเบียบฯ เงินสงเคราะห์สมาชิกเสียชีวิต กรณีสมาชิกเสียชีวิตลง ทายาท หรือผู้รับผลประโยชน์จะได้รับเงินสงเคราะห์ที่เหลือตามระเบียบฯ เงินสงเคราะห์สมาชิกเสียชีวิต หากข้าพเจ้าลาออกจากการเป็นสมาชิก ภายหลังจากรับเงินสวัสดิการดังกล่าว ข้าพเจ้าจะนำเงินสด และหรือยินยอมให้สหกรณ์ฯ หักหุ้นเท่ากับจำนวนเงินสงเคราะห์ที่รับไปแล้ว

ลงชื่อ สมาชิก
 (.....)
 วันที่/...../.....

ลงชื่อ ผู้รับผลประโยชน์
 (.....)
 วันที่/...../.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

เอกสารที่ใช้ประกอบการขอรับสวัสดิการ

- สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ สมาชิกและผู้รับผลประโยชน์
- เอกสารเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)

รับรองสำเนาถูกต้อง พร้อมหนังสือขอรับสวัสดิการฉบับนี้
 ส่งกลับที่สหกรณ์ฯ

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่สหกรณ์
 (.....)
 วันที่/...../.....