



คำขอรับเงินสวัสดิการ สงเคราะห์กรณีสมาชิกถึงแก่กรรม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สมาชิกสาขา.....
เลขที่สมาชิก -

เรียน ประธานกรรมการ/ผู้รับมอบอำนาจ

(1) ข้อมูลสมาชิกสหกรณ์ ผู้ถึงแก่กรรม		
ด้วย <input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นางสาว <input type="checkbox"/> นาง <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....อายุ.....ปี ซึ่งเป็นสมาชิกสหกรณ์ ได้ถึงแก่กรรมด้วยสาเหตุ (ระบุ)..... เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... รายละเอียดปรากฏในใบมรณบัตรที่แนบมาด้วยนี้แล้ว		
(2) รายละเอียดการขอรับสวัสดิการ		
ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นางสาว <input type="checkbox"/> นาง <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... อายุ.....ปี ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... ซอย..... ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... เกี่ยวข้องเป็น <input type="checkbox"/> ผู้รับโอนผลประโยชน์ <input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> บุตร <input type="checkbox"/> ปิตาหรือมารดา ของสมาชิกที่ถึงแก่กรรม ขอแสดงความประสงค์เพื่อรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์กรณีสมาชิกถึงแก่กรรม โดยข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบ การพิจารณา คือ <input type="checkbox"/> สำเนาใบมรณบัตรหรือหนังสือรับรองการตาย <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิกที่ถึงแก่กรรม <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว ประชาชนของผู้ขอรับเงินสวัสดิการ <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ระบุไว้ข้างต้นนี้ เป็นความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้อความที่แสดงไว้นี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินดี รับผิดชอบและคืนเงินสวัสดิการที่ได้รับให้แก่สหกรณ์ ในทันที และไม่ขอเรียกร้องสิทธิใดๆ อีก		
ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ (.....)		
(3) เงื่อนไขการขอรับสวัสดิการสงเคราะห์กรณีสมาชิกถึงแก่กรรม		
1) สมาชิกที่ถึงแก่กรรมต้องเป็นสมาชิกมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี และถือหุ้นไม่น้อยกว่า 15,000 บาท 2) สหกรณ์จะจ่ายเงินสวัสดิการสงเคราะห์กรณี สมาชิกถึงแก่กรรมให้แก่ผู้มีสิทธิ์รับเงินรายละเอียด 15,000 บาท 3) ผู้มีสิทธิ์รับเงินยื่นคำขอรับสวัสดิการภายใน 90 วัน นับแต่วันที่สมาชิกถึงแก่กรรม หากเกินกำหนดถือว่าสละสิทธิ์		
(4) บันทึกเจ้าหน้าที่ประจำสาขา		
เรียน ผู้จัดการสาขา		
สมาชิกผู้ขอรับสวัสดิการเป็นสมาชิกสหกรณ์แห่งนี้น่าแล้วเป็นเวลารวมทั้งสิ้น.....ปี.....เดือน และถือหุ้นในสหกรณ์สิ้นสุด ณ วันที่.....เป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท ทางสำนักงานสาขาตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเป็นผู้มีสิทธิ์รับสวัสดิการนี้ได้ จึงเรียนมาเพื่อดำเนินการพิจารณาเสนออนุมัติเบิกเงินสวัสดิการนี้จำนวน.....บาท ต่อไป		
ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ (.....)	ลงชื่อ.....ผู้จัดการสาขา (.....)	
(5) บันทึกการอนุมัติ		
ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นควรอนุมัติจ่ายได้	อนุมัติเบิกจ่ายได้ตามที่เสนอ	เบิกจ่ายแล้ว เมื่อวันที่.....
ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ (.....)	ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ (.....)	ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน (.....)