



สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์กรณีสมาชิก สูญเสียอวัยวะ ทุพพลภาพ

เรียน ผู้จัดการ

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....เลขทะเบียนสมาชิก.....

สังกัด.....ได้ประสบอุบัติเหตุจนมีผลทำให้

- สูญเสียมือ แขน ขา เท้า สายตา อย่างใดอย่างหนึ่งข้างเดียว
- สูญเสียมือ แขน ขา เท้า สายตา อย่างใดอย่างหนึ่งทั้ง 2 ข้าง หรือตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไป
- สูญเสียมือ แขน ขา เท้าหรือสายตา โดยมีใบความเห็นจากแพทย์ยืนยัน
- สมองได้รับการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรงและมีผลให้สมองหรือจิตพิการอย่างติดตัว
- ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง

เมื่อวันที่.....เวลาประมาณ.....น. พร้อมนี้ ได้แนบหลักฐานประกอบการ

พิจารณา ดังนี้

- ใบรับรองแพทย์
- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- หลักฐานประกอบอื่น ๆ (ถ้ามี).....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ขอรับสวัสดิการสงเคราะห์ฯ

เรียน ผู้จัดการ

ฝ่ายสำนักงานได้ตรวจสอบหลักฐานของสมาชิกผู้ประสบอุบัติเหตุดังกล่าวแล้ว สรุปรายละเอียดได้ดังต่อไปนี้

- สมาชิกประสบอุบัติเหตุเมื่อวันที่.....
- ยื่นหนังสือคำร้องพร้อมแนบหลักฐานเอกสาร ภายใน 90 วัน ดังนี้
(ประสบอุบัติเหตุเมื่อวันที่..... ยื่นเรื่องและหลักฐานวันที่.....)
- 1. ใบรายงานประจำวันเกี่ยวกับคดี สถานีตำรวจ.....
.....
.....
- 2. แบบใบแสดงความเห็นของแพทย์.....
.....
.....
- มีสิทธิได้รับสวัสดิการเพื่อสงเคราะห์สมาชิก กรณีประสบอุบัติเหตุตามระเบียบ ข้อ

จึงเห็นควรนำเสนอคณะกรรมการสวัสดิการพิจารณาต่อไป

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง

(ลงชื่อ).....

(นางนพวรรณ พันธุ์พุกษ์)

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่ฝ่ายสำนักงาน

เรียน ประธานคณะกรรมการสวัสดิการ ผ่าน กรรมการและเลขานุการ

เพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ).....

(นางอำไพพรรณ ปิ่นกล่อม)

ตำแหน่ง รักษาการในตำแหน่งผู้จัดการ

อนุมัติเงินช่วยเหลือให้สมาชิกดังกล่าว ตามระเบียบสหกรณ์ฯ ว่าด้วยสวัสดิการเพื่อสงเคราะห์สมาชิก
กรณีประสบอุบัติเหตุ พ.ศ. 2549 ข้อ..... เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น..... บาท
(.....) ตามหลักฐานรายงานการประชุมคณะกรรมการสวัสดิการ
ชุดที่.....ครั้งที่.....เมื่อวันที่.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง ประธานคณะกรรมการสวัสดิการ