



## แบบคำขอรับเงินสวัสดิการรับขวัญทายาทใหม่

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับสวัสดิการรับขวัญทายาทใหม่

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด

ด้วย ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....สมาชิกเลขที่.....

สังกัดหน่วยงาน.....ขอรับเงินสวัสดิการ ตามระเบียบว่าด้วยสวัสดิการ

รับขวัญทายาทใหม่ จำนวน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน) ซึ่งทายาทใหม่ของข้าพเจ้าได้คลอดเมื่อ

วันที่..... เดือน ..... พ.ศ..... ณ โรงพยาบาล.....

พร้อมนี้ ได้แนบเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาดังนี้

1. สำเนาทะเบียนบ้านบุตรของสมาชิก
2. สำเนาทะเบียนสมรส (ใช้เฉพาะกรณีที่คู่สมรสของสมาชิกเพศชายไม่ได้เป็นสมาชิกสหกรณ์)
3. สำเนาสูติบัตร
4. สำเนาบัตรประชาชนของสมาชิกผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

ลงชื่อ.....สมาชิกผู้ขอรับสวัสดิการ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

เจ้าหน้าที่การเงิน

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

รองผู้จัดการ

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

หัวหน้าฝ่ายการเงินและบัญชี

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

(.....)

ผู้จัดการ



## คำขอรับเงินสวัสดิการสำหรับสมาชิกเกษียณอายุ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการสำหรับสมาชิกเกษียณอายุ

เรียน ประธานกรรมการ สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

สมาชิกเลขทะเบียนที่.....สังกัดหน่วย.....

จังหวัดสมุทรปราการ เกษียณอายุ เมื่อวันที่.....ระยะเวลาการเป็นสมาชิก

เริ่มเป็นสมาชิกเมื่อวันที่.....รวมเป็นสมาชิก.....ปี.....เดือน

ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการสำหรับสมาชิกเกษียณอายุ ตามสิทธิที่พึงได้จากสหกรณ์ออมทรัพย์ครู

สมุทรปราการ จำกัด จำนวนเงิน.....บาท (.....)

โดยแนบหลักฐานประกอบการขอรับเงินสวัสดิการ ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวของสมาชิกผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
- สำเนาคำสั่งเกษียณอายุ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

.....ผู้รับเงิน

(.....)

.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

ผู้จัดการ

สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด

.....ผู้อนุมัติ

(.....)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด

มติที่ประชุม ครั้งที่.....วันที่.....



## คำขอรับเงินสวัสดิการรักษายาบาล

เขียนที่สภกรณ์อ้อมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการรักษายาบาล

เรียน ผู้จัดการสภกรณ์อ้อมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

สมาชิกเลขทะเบียนที่.....สังกัดหน่วย.....

จังหวัดสมุทรปราการ

ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการรักษายาบาล ตามระเบียบสภกรณ์ว่าด้วยการใช้ทุนสวัสดิการของสมาชิก  
จำนวนเงิน.....1,000.-.....บาท (.....หนึ่งพันบาทถ้วน.....)

สมาชิกสามารถยื่นคำขอรับเงินสวัสดิการรักษายาบาลได้ภายใน 1 ปีนับจากวันที่สมาชิกมีสิทธิ์ หากพ้นกำหนด  
ถือว่าสละสิทธิ์ไม่ขอรับเงินสวัสดิการตามระเบียบนี้ โดยสมาชิกต้องแนบหลักฐานประกอบการขอรับเงินสวัสดิการ ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวของสมาชิกผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
- สำเนาหลักฐานจากสถานพยาบาลที่แสดงว่าสมาชิกเข้ารับการรักษายาบาลเป็นคนไข้ใน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

.....สมาชิกผู้รับเงิน  
(.....)

.....ผู้จ่ายเงิน  
(.....)

เจ้าหน้าที่การเงิน

.....ผู้ตรวจสอบ  
(.....)

รองผู้จัดการ

.....ผู้ตรวจสอบ  
(.....)

หัวหน้าฝ่ายการเงินและบัญชี

.....ผู้อนุมัติ  
(.....)

ผู้จัดการ



## คำขอรับสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกเจ็บป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

\*\*\*\*\*

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ในฐานะคู่สมรส ,  
บุตร , ผู้ดูแล (นาย/นาง/นางสาว).....ซึ่งเป็นสมาชิก  
ประเภทสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด สมาชิกเลขทะเบียนที่.....อายุ.....ปี  
ปัจจุบันสมาชิกพักอาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ซอย.....  
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

สมาชิกมีความประสงค์ขอรับความช่วยเหลือจากสหกรณ์แห่งนี้ เนื่องจากเจ็บป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ในกรณีดังนี้

- ( ) 1. ความพิการทางการมองเห็น
- ( ) 2. ความพิการทางการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต
- ( ) 3. ความพิการทางด้านจิตใจหรือพฤติกรรมอันเป็นผลมาจากความบกพร่องทางจิตใจหรือสมอง

พร้อมกันนี้ข้าพเจ้าในฐานะผู้ดูแลสมาชิก ได้แนบเอกสารมาประกอบการพิจารณาดังนี้

1. สำเนาบัตรประจำตัวของสมาชิกผู้เจ็บป่วย
2. สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิกผู้เจ็บป่วย
3. หนังสือรับรองความพิการจากแพทย์ในสถานพยาบาลของทางราชการ
4. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของสมาชิกผู้เจ็บป่วย

**(สมุดเงินฝากเล่มสีชมพู ซึ่งสมาชิกได้รับจากสหกรณ์ในวันประชุมใหญ่สามัญ)**

อนึ่ง ถ้าสมาชิกเจ็บป่วยกรณีใดกรณีหนึ่งข้างต้นนี้ถึงแก่ความตาย หรือได้รับการฟื้นฟูจนมีสภาพเป็นปกติ (ไม่พิการ) ข้าพเจ้าในฐานะผู้ดูแลสมาชิกผู้เจ็บป่วยยินดีให้สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด ยกเลิกการขอรับความช่วยเหลือนี้

ข้าพเจ้าในฐานะผู้ดูแลสมาชิกผู้เจ็บป่วย ได้แนบสำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของข้าพเจ้ามาพร้อมหนังสือฉบับนี้

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)



## คำขอรับทุนสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิกผู้ถึงแก่กรรม

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับทุนสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิกผู้ถึงแก่กรรม

เรียน ประธานกรรมการ สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด

เนื่องด้วย (นาย/นาง/นางสาว).....

สมาชิกเลขทะเบียนที่.....สังกัดหน่วย.....

จังหวัดสมุทรปราการ ได้ถึงแก่กรรม เมื่อวันที่.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ผู้มีสิทธิรับทุนสวัสดิการสงเคราะห์

สมาชิกผู้ถึงแก่กรรม ในฐานะเกี่ยวข้องเป็น.....ของสมาชิกผู้ถึงแก่กรรมดังกล่าว

ระยะเวลาการเป็นสมาชิก เริ่มเป็นสมาชิกเมื่อวันที่.....

รวมเป็นสมาชิก.....ปี.....เดือน ข้าพเจ้าขอรับทุนสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิกผู้ถึงแก่กรรม

ตามสิทธิที่พึงได้จากสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด จำนวนเงิน.....บาท

(.....)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

.....ผู้รับเงิน

(.....)

.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

ผู้จัดการ

สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด

.....ผู้อนุมัติ

(.....)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด

มติที่ประชุม ครั้งที่.....วันที่.....



## แบบคำขอรับทุนส่งเสริมการศึกษานุเคราะห์

ทุนระดับ .....

\*\*\*\*\*

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

เรียน ประธานกรรมการ สภามหาวิทยาลัยสุโขทัย

ข้าพเจ้า ..... สมาชิกสภามหาวิทยาลัยสุโขทัย เลขทะเบียนที่ .....

โรงเรียน ..... สังกัด ..... โทรศัพท์ .....

ขอยื่นคำขอรับทุนส่งเสริมการศึกษานุเคราะห์ตามสิทธิที่สหกรณ์ฯ กำหนด จำนวน 1 ราย ดังนี้

1. บุตรของข้าพเจ้า ชื่อ ..... เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน/ซอย ..... ตำบล/แขวง .....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... ศึกษาอยู่ระดับชั้น .....

เลขประจำตัว ..... โรงเรียน/สถาบันการศึกษา .....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... ตามใบรับรองการเป็นนักเรียน/นักศึกษา

หรือตามสำเนาใบเสร็จรับเงินค่าลงทะเบียน หรือใบแสดงผลการเรียนในปีการศึกษาปัจจุบัน

2. ข้าพเจ้ามีบุตรซึ่งกำลังศึกษาอยู่ รวม ..... คน ดังนี้

2.1 ชื่อ ..... อายุ ..... ปี โรงเรียน/สถาบัน ..... ชั้น .....

2.2 ชื่อ ..... อายุ ..... ปี โรงเรียน/สถาบัน ..... ชั้น .....

2.3 ชื่อ ..... อายุ ..... ปี โรงเรียน/สถาบัน ..... ชั้น .....

3. ข้าพเจ้ามีคู่สมรส ชื่อ ..... เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สุโขทัย จำกัด

เลขทะเบียนที่ .....

4. ข้าพเจ้าได้ยื่นหลักฐานปีการศึกษาปัจจุบันประกอบคำขอรับทุนมาด้วยแล้ว ดังนี้

4.1 ใบรับรองการเป็นนักเรียน หรือใบแสดงผลการเรียน สำหรับระดับชั้นอนุบาล ระดับประถมศึกษา

และระดับมัธยมศึกษา

4.2 ใบรับรองการเป็นนักศึกษา หรือสำเนาใบเสร็จรับเงินค่าลงทะเบียนของสถานศึกษาปัจจุบัน หรือใบแสดงผลการเรียน

สำหรับระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง และระดับปริญญาตรี

4.3 สำเนาทะเบียนบ้านของบุตรสมาชิกผู้ขอรับทุนส่งเสริมการศึกษา

ลงชื่อ ..... สมาชิกผู้ขอรับทุน

(.....)

## แบบขอรับทุนสวัสดิการสำหรับสมาชิกที่ไม่มีบุตรหรือเป็นโสด

สำคัญ สมาชิกที่ขอรับทุนสวัสดิการนี้ มีสิทธิ์  
ได้รับเงินสวัสดิการเพียงครั้งเดียว หากสมาชิก  
ได้ใช้สิทธิ์รับเงินสวัสดิการตามระเบียบนี้ไปแล้ว  
ไม่มีสิทธิ์รับทุนการศึกษาบุตรสมาชิก



ส่งไม่เกินวันที่ 15 พฤศจิกายน  
เลขที่รับ.....  
วันที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการสำหรับสมาชิกที่ไม่มีบุตรหรือเป็นโสด

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....

ตำแหน่ง.....วัน เดือน ปี เกิด.....อายุ.....ปี

สังกัดหรือโรงเรียน.....มีภูมิลำเนาอยู่ที่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดสมุทรปราการ

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสำหรับสมาชิกที่ไม่มีบุตรหรือเป็นโสด ในกรณี

- เป็นสมาชิกที่สมรสแล้ว แต่ไม่มีบุตร เป็นจำนวนเงิน 3,000 บาท
- เป็นสมาชิกที่สมรสแล้ว คู่สมรสเป็นสมาชิกเพียงฝ่ายเดียว แต่ไม่มีบุตร เป็นจำนวนเงิน 2,000 บาท
- เป็นสมาชิกผู้เป็นโสด เป็นจำนวนเงิน 2,000 บาท

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบดังนี้

- (1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของตนเอง
- (2) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคู่สมรส (กรณีสมรสแล้วไม่มีบุตร)
- (3) สำเนาทะเบียนสมรส(กรณีสมรสแล้วไม่มีบุตร)

ความเห็นของกรรมการประจำหน่วย

(ลงชื่อ).....กรรมการประจำหน่วย

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด

ตามที่ นาย/นาง/นางสาว..... สมาชิกเลขทะเบียนที่.....ได้แจ้งความประสงค์ขอรับเงิน  
สวัสดิการฯ เจ้าหน้าที่ได้ทำการตรวจสอบหลักฐานถูกต้องเรียบร้อยแล้ว ตามระเบียบฯ เห็นสมควรนำเสนอขออนุมัติเพื่อจ่ายเงินสวัสดิการ  
สำหรับสมาชิกที่ไม่มีบุตรหรือเป็นโสด เป็นจำนวนเงิน.....บาท

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติจ่าย

(ลงชื่อ).....

ผู้จัดการ



## คำขอรับทุนสวัสดิการประสพอุบัติเหตุแก่สมาชิกผู้ถือบัตรATM Coop

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับทุนสวัสดิการประสพอุบัติเหตุแก่สมาชิกผู้ถือบัตรATM Coop

เรียน ประธานกรรมการ สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด

เนื่องด้วย (นาย/นาง/นางสาว).....

สมาชิกเลขทะเบียนที่.....สังกัดหน่วย.....

จังหวัดสมุทรปราการ ได้ถึงแก่กรรม เมื่อวันที่.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ผู้มีสิทธิรับทุนสวัสดิการสวัสดิการ  
ประสพอุบัติเหตุแก่สมาชิกผู้ถือบัตรATM Coop ในฐานะเกี่ยวข้องเป็น.....  
ของสมาชิกผู้ถึงแก่กรรมดังกล่าว

ข้าพเจ้าขอรับทุนสวัสดิการประสพอุบัติเหตุแก่สมาชิกผู้ถือบัตรATM Coop ตามสิทธิที่พึงได้จากสหกรณ์  
ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด จำนวนเงิน.....บาท  
(.....)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

.....ผู้รับเงิน  
(.....)

.....ผู้จ่ายเงิน  
(.....)

ผู้จัดการ

สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด

.....ผู้อนุมัติ  
(.....)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด

มติที่ประชุม ครั้งที่.....วันที่.....