



สหกรณ์ออมทรัพย์ครูกรมสามัญศึกษา จำกัด
แบบขอรับเงินทุนสาธารณสุขประโยชน์ (กรณีติดเชื้อโควิด 19)

วันที่.....เดือนพ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขทะเบียน.....สังกัดโรงเรียน/หน่วยงาน.....

มีความประสงค์ขอรับเงินทุนสาธารณสุขประโยชน์(กรณีติดเชื้อโควิด 19) ของ ข้าพเจ้า

บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ชื่อ.....

ยื่นเรื่องพร้อมเอกสารดังต่อไปนี้

สำเนาบัตรประจำตัวของสมาชิก (ข้าราชการ/ประชาชน)

ใบรับรองแพทย์ /หรือผลการตรวจเชื่อว่าติดเชื้อไวรัส COVID-19 และเข้ารับการรักษาในสถานผู้ป่วยในของโรงพยาบาล กรณีผู้ขอรับเงิน (ผู้ติดเชื้อ COVID-19) เป็น บิดา/มารดา/คู่สมรส /บุตร ของสมาชิก ต้องมีหลักฐานอื่นที่แสดงว่าบุคคลดังกล่าวเป็น บิดา/มารดา/คู่สมรส/บุตร (โดยชอบด้วยกฎหมายที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ) ของสมาชิก เช่น

1. สำเนาบัตรประชาชน (ข้าราชการ/ประชาชน)

2. สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิกสหกรณ์ฯ

3. สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ติดเชื้อ COVID-19)

4. สำเนาทะเบียนสมรส

5. สำเนาเอกสารใบเปลี่ยนชื่อ-ชื่อสกุล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(.....)

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ฯ

ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้องแล้ว เห็นควรอนุมัติจ่ายเงินจำนวน 3,000 บาท ให้แก่สมาชิกรายนี้

.....
(.....)

เจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหารทั่วไป

.....
(.....)

หัวหน้าฝ่ายบริหารทั่วไป

.....
(.....)

ผู้ช่วยผู้จัดการ

อนุมัติจ่ายเงินได้

(นายประพนธ์ หลีสิน)

ผู้จัดการ

สหกรณ์ออมทรัพย์ครูกรมสามัญศึกษา จำกัด