



ใบคำขอรับทุนเพื่อสวัสดิการสมาชิกที่ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร  
สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการพัฒนาชุมชน จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....เลขทะเบียน.....  
ตำแหน่ง.....สังกัด.....  
ที่อยู่สามารถติดต่อได้.....  
โทรศัพท์สำนักงาน.....โทรศัพท์ (มือถือ) .....  
มีความประสงค์ขอรับทุนเพื่อสวัสดิการสมาชิกที่ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร ดังนี้

ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรเนื่องจาก.....ตั้งแต่วันที่ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและหากข้อมูลไม่ถูกต้องหรือส่งเอกสารประกอบไม่ครบถ้วนข้าพเจ้าขอสละสิทธิในการขอรับทุนสวัสดิการ

หมายเหตุ : ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร หมายความว่า ทุพพลภาพถึงขนาดที่ไม่สามารถประกอบหน้าที่การทำงานใดๆ ในอาชีพประจำและอาชีพอื่นๆ ได้โดยสิ้นเชิงตลอดไป

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้าฯ ได้ตรวจสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้น  
แล้ว ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับทุนสวัสดิการ

(.....)

วันที่ขอรับทุนสวัสดิการ.....

เอกสารประกอบการขอรับทุนสวัสดิการ

1. ใบคำขอรับทุนเพื่อสวัสดิการสมาชิกที่ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร
2. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุว่าบุคคลทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
4. สำเนาทะเบียนบ้านสมาชิก
5. ภาพถ่าย
6. ประวัติการรักษา

หมายเหตุ : ยื่นขอรับทุนสวัสดิการภายใน 180 วัน นับแต่วันที่  
ทราบว่าทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้ว

- ☐ อายุการเป็นสมาชิก.....ปี.....เดือน
- ☐ ขอรับทุนสวัสดิการไม่เกินกำหนดระยะเวลา
- ☐ เอกสารหลักฐานครบถ้วนถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

วันที่.....