



ใบคำขอรับทุนเพื่อสวัสดิการสมาชิกที่ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร
สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการพัฒนาชุมชน จำกัด

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

ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรเนื่องจาก.....ตั้งแต่วันที่
ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและหากข้อมูลไม่ถูกต้องหรือส่งเอกสาร
ประกอบไม่ครบถ้วนข้าพเจ้าขอสละสิทธิในการขอรับทุนสวัสดิการ

หมายเหตุ : ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร หมายความว่าทุพพลภาพถึงขนาดที่ไม่สามารถประกอบหน้าที่การทำงานใดๆ
ในอาชีพประจำและอาชีพอื่นๆ ได้โดยสิ้นเชิงตลอดไป

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา ข้าพเจ้าฯ ได้ตรวจสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้นแล้ว ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ (ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับทุนสวัสดิการ
(.....)
วันที่ขอรับทุนสวัสดิการ.....

เอกสารประกอบการขอรับทุนสวัสดิการ	สำหรับเจ้าหน้าที่
- ใบคำขอรับทุนเพื่อสวัสดิการสมาชิกที่ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร - ใบรับรองแพทย์ที่ระบุว่าเป็นบุคคลทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน - สำเนาทะเบียนบ้านสมาชิก - ภาพถ่าย - ประวัติการรักษา หมายเหตุ : ยื่นขอรับทุนสวัสดิการภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ทราบทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร	ตรวจสอบแล้ว ☐ อายุการเป็นสมาชิก.....ปี.....เดือน ☐ ขอรับทุนสวัสดิการไม่เกินกำหนดระยะเวลา ☐ เอกสารหลักฐานครบถ้วนถูกต้อง ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ วันที่.....