



สหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี จำกัด

126 ถนนประชาอุทิศ บางมด ทุ่งครุ กรุงเทพฯ 10140 โทร.0-2470-8297-8 แฟกซ์ 0-2470-8298

KMUTT SAVING AND CREDIT COOPERATIVE LIMITED

126 Prachautit Rd., Bangmod, Tungkru, Bangkok Thailand Tel.0-2470-8297-8 Fax.0-2470-8298

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิก

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี จำกัด

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

หน่วยงานที่สังกัด ..... คณะ/สำนัก/สถาบัน.....

ปัจจุบันเป็นสมาชิกสหกรณ์เลขที่ ...../สมาชิกสมทบเลขที่ ..... อายุสมาชิก.....ปี ..... เดือน

( ส่งค่าหุ้นมาแล้ว ..... งวด ) โทรศัพท์ ..... โทรศัพท์มือถือ .....

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิก .....

เป็นจำนวนเงิน ..... บาท โดยข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบการพิจารณาเป็นไปตามระเบียบกำหนดไว้  
ท้ายนี้แล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ และหากปรากฏภายหลังว่าข้อความข้างต้น  
เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินดีคืนเงินที่สหกรณ์จ่ายให้ทั้งหมดทันทีที่ได้รับแจ้งจากสหกรณ์

ลงชื่อ .....ผู้ขอรับสวัสดิการ

(.....)

**คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (เฉพาะขอรับสวัสดิการสมาชิกผู้เป็นโสด)**

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง .....

สังกัดหน่วยงาน..... ขอรับรองว่า ตามความรู้เห็นของข้าพเจ้า

ณ ขณะนี้ ผู้ยื่นคำร้อง เป็นผู้ที่ยังไม่มีสามีหรือภรรยาจริง

ลงชื่อ .....

( ..... )

ผู้รับรอง

**สำหรับสหกรณ์**

บันทึกของเจ้าหน้าที่ .....

.....

.....

ตรวจสอบเอกสารแล้วครบถ้วน  .....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ ..... เจ้าหน้าที่สหกรณ์

...../...../.....

อนุมัติ จำนวนเงิน ..... บาท  ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ

...../...../.....

**โปรดพลิกดูและระบุเอกสารที่นำมาใช้**

## รายละเอียดหลักเกณฑ์และเอกสารประกอบการขอรับเงินสวัสดิการสมาชิก

ที่	สวัสดิการสมาชิก	จำนวนเงิน	หลักเกณฑ์	เอกสารที่ต้องใช้ประกอบ
1	เงินสงเคราะห์สมาชิกที่ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง สูญเสียอวัยวะ และ/หรือ สูญเสียสายตา	ครั้งเดียว 60,000 บาท ข้างละ 30,000 บาท	- ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง - สูญเสียอวัยวะและ/หรือสูญเสียสายตา - ภายใน 120 วัน นับตั้งแต่วันที่ตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง	<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ที่แพทย์ให้ความเห็นว่าเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง
2	เงินสวัสดิการรับขวัญทายาทใหม่	ครั้งละ 1,000 บาท	- ชำระค่าหูน้อยอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 12 เดือน - ต่อครอบครัว - ภายใน 120 วันนับจากวันคลอด	<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> สำเนาใบสูติบัตร <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนสมรส/เอกสารรับรองบุตรตามกฎหมาย
3	เงินสงเคราะห์สมาชิกเกี่ยวกับการเสียชีวิต	24,000 – 300,000 บาท หักเงินวันเกิดที่รับไปแล้ว	- จ่ายตามอายุการเป็นสมาชิก - คู่สมรสได้รับ 1/4 ของสิทธิสมาชิก - ภายใน 120 วัน หลังจากเสียชีวิต	<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้เสียชีวิตประทับคำว่า “ตาย”) <input type="checkbox"/> สำเนาใบมรณบัตร และ/หรือสำเนาหนังสือรับรองการตาย <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนสมรส (กรณีคู่สมรส)
4	เงินสงเคราะห์สมาชิกที่ประสบสาธารณภัย	สูงสุดไม่เกินรายละเอียด 30,000 บาท	- สมาชิกต้องมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านที่ประสบสาธารณภัย - ชำระค่าหูน้อยอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 12 เดือน - พิจารณาหลักเกณฑ์ตามประกาศของสหกรณ์	* ตามประกาศของสหกรณ์
5	เงินสวัสดิการการสมรสของสมาชิก	ครั้งเดียว 1,000 บาท	- ชำระค่าหูน้อยอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 12 เดือน - จดทะเบียนสมรสตามกฎหมาย - ภายใน 120 วัน หลังจดทะเบียนสมรส	<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนสมรส
6	เงินสวัสดิการเมื่อสมาชิกสำเร็จการศึกษา	1,000 – 3,000 บาท ระดับการศึกษาละ 1 ครั้ง	- ชำระค่าหูน้อยอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 12 เดือน - ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่สำเร็จการศึกษา	<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> หลักฐานแสดงผลการสำเร็จการศึกษาระดับจริง และสำเนา
7	เงินสวัสดิการสมาชิกผู้เป็นโสด	ครั้งเดียว 3,000 บาท	- เป็นผู้ที่ยังไม่มีสามีหรือภรรยา - ชำระค่าหูน้อยอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 12 เดือน - อายุครบ 55 ปี บริบูรณ์ แต่ไม่ถึง 56 ปี	<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมแสดงฉบับจริง <input type="checkbox"/> สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ (ถ้ามี)
8	เงินสวัสดิการรักษาพยาบาลสำหรับสมาชิก	ครั้งละ 300 – 9,000 บาท	- เป็นคนไข้ใน ไม่น้อยกว่า 3 คืน สูงสุด 30 คืน/ครั้ง - ภายใน 120 วัน หลังจากออกจากโรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> ต้นฉบับใบรับรองแพทย์/สำเนาที่โรงพยาบาลประทับตรารับรอง <input type="checkbox"/> ต้นฉบับใบเสร็จรับเงิน/สำเนาที่โรงพยาบาลประทับตรารับรอง

\*\*\*กรณีสมาชิกสมทบ ให้ได้รับเงินสวัสดิการตามระเบียบนี้ทั้งหนึ่งของสิทธิสมาชิกทุกสวัสดิการ\*\*\*