



ใบคำขอรับสวัสดิการเพื่อสงเคราะห์สมาชิกเมื่อทุพพลภาพ สหกรณ์ออมทรัพย์กรมป่าไม้ จำกัด

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

ตำแหน่ง..... สังกัด.....

โทรศัพท์สำนักงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

ผู้ขอรับสวัสดิการเกี่ยวข้องเป็น ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ คู่สมรส ☐ บุตร ☐ อื่นๆ.....

มีความประสงค์ขอรับสวัสดิการเพื่อสงเคราะห์สมาชิกเมื่อทุพพลภาพ ดังนี้

ทุพพลภาพเนื่องจาก.....ตั้งแต่วันที่.....

กรณีที่ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการฯ ข้าพเจ้ายินดีให้สหกรณ์โอนเงินดังกล่าวเข้าบัญชีออมทรัพย์
สินทรัพย์ของข้าพเจ้าที่เปิดไว้กับสหกรณ์

เงื่อนไขการขอรับสวัสดิการ : ทุพพลภาพ หมายความว่า สมาชิกที่อยู่ในสภาพดังต่อไปนี้

ก. เจ็บป่วยถึงขั้นหย่อนความสามารถ จนไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานใด ๆ ใน
อาชีพประจำ ซึ่งต้องออกจากราชการ หรือบุคคลที่ออกจากราชการแล้ว และเจ็บป่วยหย่อนความสามารถ ทำให้
ไม่สามารถปฏิบัติภารกิจในการช่วยเหลือตนเองได้ จนอยู่ในสภาพเป็นผู้ป่วยติดเตียง โดยสภาพหย่อนความสามารถ
ทั้งสองกรณีนี้ต้องเกิดขึ้นต่อเนื่องเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 180 วัน

ข. เจ็บป่วยถึงขั้นหย่อนความสามารถ จนไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานใด ๆ ใน
อาชีพประจำ ซึ่งต้องออกจากราชการ หรือบุคคลที่ออกจากราชการแล้ว และเจ็บป่วยหย่อนความสามารถแต่ยัง
ช่วยเหลือตนเองได้ เช่น แขน ขา อ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง เป็นต้น โดยเกิดขึ้นต่อเนื่องเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 180 วัน

ค. สูญเสียขาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง หรือสูญเสียมือหรือเท้าข้างใดข้างหนึ่ง
หรือทั้งสองข้าง หรือสูญเสียการได้ยินโดยสิ้นเชิงและไม่มีทางรักษาให้หายได้

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้ว

- ☐ อายุการเป็นสมาชิก.....ปี
- ☐ เอกสารหลักฐานครบถ้วนถูกต้อง
- ☐ ขอรับสวัสดิการไม่เกินกำหนดระยะเวลา
- ☐ ขอรับสวัสดิการเกินกำหนดระยะเวลา วัน

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

วันที่.....

ลงชื่อ ผู้ขอรับสวัสดิการ
(.....)

วันที่ขอรับสวัสดิการ.....

เอกสารประกอบการขอรับสวัสดิการ

1. แบบคำขอรับสวัสดิการเพื่อสงเคราะห์สมาชิกเมื่อทุพพลภาพ
2. ใบรับรองจากแพทย์ หรือหลักฐานอื่นที่เกี่ยวข้อง
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรข้าราชการ
4. สำเนาทะเบียนบ้านสมาชิก
5. รูปภาพ

ส่งเอกสารถึง : สหกรณ์ออมทรัพย์กรมป่าไม้ จำกัด

ตู้ ปณ. 169 ปณศ.จตุจักร กทม. 10900