****

**แบบขอทุนสวัสดิการสมาชิก**

**สำหรับสมาชิกที่ไม่มีบุตร หรือ เป็นโสด**

 ที่ ................................................................................

วันที่ .............. เดือน .............................. พ.ศ. ................

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการสำหรับสมาชิกที่ไม่มีบุตร หรือ เป็นโสด

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

 ข้าพเจ้า ( นาย / นาง / นางสาว ) ............................................................................................................ อายุ .................... ปี สมาชิกสหกรณ์

ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด เลขที่สมาชิก ..........................ตำแหน่ง.............................................................................................................

สังกัด หน่วยงาน ( รพ. / สสอ. / สสจ. ).........................................................................โทรศัพท์ ( มือถือ ) ............................................................................

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการจากสหกรณ์ฯ โดยข้าพเจ้าขอรับรอง ดังนี้

 สมรสแล้วและไม่มีบุตร (1,000 บาท ) โสดและไม่มีบุตร ( 2,000 บาท )

ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด ว่าด้วยการใช้กองทุนสวัสดิการสำหรับสมาชิกที่ไม่มีบุตร หรือเป็นโสด พ.ศ. 2564 โดยได้แนบเอกสารประกอบการพิจารณา ดังต่อไปนี้

 สำเนาใบสำคัญการสมรส ( ถ้ามี )

 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบุตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐของผู้ขอรับเงิน

 สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิกผู้ขอรับเงิน

 โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย จำกัด สาขา ........................................... บัญชีเลขที่ ...................................................................

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าทราบว่ามีสิทธิรับเงินสวัสดิการสำหรับสมาชิกที่ไม่มีบุตร หรือเป็นโสด เมื่ออายุครบ 50 - 60 ปีบริบูรณ์ หากสหกรณ์จ่ายเงินสวัสดิการดังกล่าวให้แก่ข้าพเจ้าแล้ว ต่อมาภายหลังปรากฏว่าข้อความข้างต้นเป็นเท็จข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์หักเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเพื่อชดใช้เงินทุนสวัสดิการที่ได้รับจากสหกรณ์

 ขอแสดงความนับถือ

 ลงชื่อ ......................................................................

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

 ผู้รับรอง .................................................................. กรรมการดำเนินการ

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

**หมายเหตุ** การขอรับเงินสวัสดิการสำหรับสมาชิกไม่มีบุตร หรือเป็นโสดต้องยื่นขอรับเงินภายใน 90 วัน

เรียน ประธานคณะกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

 ฝ่ายจัดการได้ตรวจสอบคุณสมบัติและระเบียบฯ แล้วถูกต้อง เห็นควรอนุมัติจ่าย....................บาท

 ............................ ............................. .............................

 ผู้จัดการ เหรัญญิก อนุมัติ