



ใบคำขอรับสวัสดิการบำเหน็จสมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด
★★★★★

เรียน ประธานคณะกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....
สมาชิกเลขที่.....ตำแหน่ง.....สังกัดหน่วย (รพ./สสอ.).....
เลขที่บัตรประชาชน.....ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์บ้าน/มือถือ.....มีความประสงค์ขอรับ
สวัสดิการบำเหน็จสมาชิก

ข้าพเจ้าพ้นจากงานประจำ เนื่องจาก เกษียณอายุราชการ ลาออกก่อนครบกำหนด
เกิดเมื่อวันที่.....และเป็นสมาชิกสหกรณ์.....เดือน

หมายเหตุ :- สวัสดิการเพื่อบำเหน็จสมาชิก จ่ายเมื่อพ้นจากหน้าที่ราชการหรืองานประจำ และเป็นสมาชิกไม่น้อย
กว่า ๑๒๐ เดือน จ่ายเพียงครั้งเดียว

- การคำนวณ เท่ากับ อายุการเป็นสมาชิกหน่วยเดือน ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ของทุกปีจ่าย คุณด้วย เงินค่า
หุ้นเป็นหน่วยหมื่นบาท ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ของทุกปีย้อนหลังไปห้าปี บวกด้วย หกสิบเท่าของเงินค่าหุ้นหน่วยหมื่น
บาท ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ของทุกปี แต่ต้องไม่น้อยกว่า ๕,๐๐๐ บาทและต้องไม่เกิน ๒๐,๐๐๐ บาท

- การจ่ายเงินสวัสดิการบำเหน็จ อายุการเป็นสมาชิกตั้งแต่ ๑๒๐ เดือนถึง ๑๓๙ เดือนให้ได้รับเงิน
บำเหน็จร้อยละ ๖๐ อายุการเป็นสมาชิกตั้งแต่ ๑๘๐ เดือนถึง ๒๓๙ เดือนให้ได้รับเงินบำเหน็จร้อยละ ๘๐
 อายุการเป็นสมาชิกตั้งแต่ ๒๔๐ เดือนขึ้นไปให้ได้รับเงินบำเหน็จเต็มจำนวน

- ยื่นขอรับทุนสวัสดิการดังกล่าวภายใน ๙๐ วัน นับแต่วันที่พ้นจากหน้าที่ราชการหรืองานประจำ

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้ว

อายุการเป็นสมาชิก.....ปี

ขอรับทุนสวัสดิการไม่เกินกำหนดระยะเวลา

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับทุน
(.....)

วันที่ขอรับทุน.....

เอกสารประกอบการขอรับทุนสวัสดิการ

๑. แบบคำขอรับเงินสวัสดิการบำเหน็จสมาชิก
๒. สำเนาบัตรประจำตัวผู้ขอรับทุน
๓. สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขอรับทุน
๔. สำเนาคำสั่งหนังสือจากทางราชการที่ให้พ้นจากหน้าที่ราชการหรืองานประจำ