



ใบคำขอรับสวัสดิการเพื่อเกื้อกูลสมาชิกอาวุโส  
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

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

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

ข้าพเจ้า ( นาย / นาง / นางสาว ) .....  
สมาชิกเลขที่.....ตำแหน่ง.....สังกัดหน่วย ( รพ./สสอ.).....  
เลขที่บัตรประชาชน.....ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....  
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
เบอร์โทรศัพท์บ้าน/มือถือ.....มีความประสงค์ขอรับสวัสดิการเพื่อเกื้อกูลสมาชิกอาวุโส  
ข้าพเจ้าเกิดเมื่อ( วัน/เดือน/ปี ).....และเป็นสมาชิกสหกรณ์.....เดือน.....

**หมายเหตุ** - สวัสดิการเพื่อเกื้อกูลสมาชิกอาวุโส จ่ายเมื่อสมาชิกอายุ 61 ปี ขึ้นไป และเป็นสมาชิกครบ 120 เดือน และจะสิ้นสุดการจ่ายเมื่อพ้นสมาชิกภาพ

- สมาชิกที่ได้รับเงินสวัสดิการเกื้อกูลสมาชิกอาวุโสก่อนระเบียบฯ ใหม่ใช้บังคับ ยังคงได้รับสิทธิ คงเดิม
- ข้าราชการและลูกจ้างประจำ ที่สมัครเป็นสมาชิกสหกรณ์ในช่วงอายุเกิน 50 ปี เมื่อเป็นสมาชิกครบ 120 เดือนแล้ว สหกรณ์จะให้ได้รับทุนเกื้อกูลสมาชิกอาวุโสในอัตราเดียวในวันครบรอบวันเกิดปีละ 1,000.-บาท
- สวัสดิการเกื้อกูลสมาชิกอาวุโส จะจ่ายเมื่อครบรอบวันเกิดของทุกๆ ปี ซึ่งมีอัตราการจ่ายตามอายุสมาชิก ดังนี้
  - อายุ 61 – 65 ปี ให้ได้รับทุน 1,000 บาท
  - อายุ 66 – 70 ปี ให้ได้รับทุน 1,500 บาท
  - อายุ 71 – 75 ปี ให้ได้รับทุน 2,000 บาท
  - อายุ 76 – 80 ปี ให้ได้รับทุน 2,500 บาท
  - อายุ 81 ปีขึ้นไป ให้ได้รับทุน 3,000 บาท
- ยื่นขอรับทุนสวัสดิการดังกล่าวภายใน 90 วัน นับแต่วันที่ครบรอบวันเกิดครบ 61 ปี

**สำหรับเจ้าหน้าที่**

ตรวจสอบแล้ว

- อายุการเป็นสมาชิก.....ปี .....เดือน
- ขอรับทุนสวัสดิการไม่เกินกำหนดระยะเวลา

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ  
วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับทุน  
(.....)

วันที่ขอรับทุน.....

เอกสารประกอบการขอรับทุนสวัสดิการ

1. แบบคำขอรับเงินสวัสดิการเพื่อเกื้อกูลสมาชิกอาวุโส
2. สำเนาบัตรประจำตัวผู้ขอรับทุน
3. สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขอรับทุน