



หนังสือขอรับเงินสวัสดิการ กรณีทุพพลภาพของสมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์สหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจรถไฟแห่งประเทศไทย จำกัด

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการทุพพลภาพ

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจรถไฟแห่งประเทศไทย จำกัด

ข้าพเจ้า..... เลขทะเบียนสมาชิกที่.....

ตำแหน่งสังกัด..... หมายเลขโทรศัพท์.....

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....ประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการทุพพลภาพของสมาชิก ดังนี้

☐ ประสบอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยเป็นเหตุให้สูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะอย่างถาวร

☐ ประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานเป็นเหตุให้สูญเสียอวัยวะหรือสูญเสีย

สมรรถภาพของอวัยวะบางส่วน

ตามสำเนาใบรับรองแพทย์โรงพยาบาล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....เลขที่.....ลงวันที่.....ดังรายละเอียด

ในเอกสารแนบท้ายหนังสือฉบับนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากภายหลังปรากฏว่าข้าพเจ้าแสดงข้อความข้างต้นเป็นเท็จและสหกรณ์ฯได้จ่ายเงินสวัสดิการ กรณีทุพพลภาพให้กับข้าพเจ้าแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินสวัสดิการ กรณีทุพพลภาพที่ข้าพเจ้ารับมาแล้วให้กับสหกรณ์ฯ ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่สหกรณ์ฯ ได้มีหนังสือแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ กรณีทุพพลภาพ

(.....)

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

ข้าพเจ้า.....ประธานสาขา.....ขอรับรองว่า

ได้ตรวจสอบข้อมูลข้างต้นแล้วพบว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ประธานสาขา

(.....)

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

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบข้อมูลข้างต้นเรียบร้อยแล้ว ถูกต้องตามระเบียบสหกรณ์ฯ เห็นควรอนุมัติเงินสวัสดิการ
กรณีทุพพลภาพจำนวน.....บาท (.....) ตามหนังสือ
ดังกล่าว

เจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ

ลงชื่อ.....
(.....)
...../...../.....

ประธานกรรมการ

/ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย.....

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ
(.....)
...../...../.....

ข้าพเจ้า.....ได้รับเงินสวัสดิการ กรณีทุพพลภาพ
จำนวน.....บาท (.....) ครบถ้วนแล้ว
เมื่อวันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
(.....)
...../...../.....

หมายเหตุ : เอกสารประกอบการรับเงินสวัสดิการ กรณีทุพพลภาพ (ทุกฉบับลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง) ยื่นหลักฐาน
ต่อสหกรณ์ภายใน 90 วัน นับถัดจากวันสุดท้ายที่ระบุในหนังสือรับรองการพักรักษาตัวในสถานพยาบาลของแพทย์

1. หนังสือขอรับเงินสวัสดิการ กรณีทุพพลภาพของสมาชิก
2. สำเนาบัตรประจำตัวพนักงานการรถไฟ หรือสำเนาบัตรประชาชน ของผู้ทุพพลภาพ
3. สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ทุพพลภาพ
4. ใบรับรองแพทย์ ที่ระบุว่า “**ทุพพลภาพ**” ตามแต่กรณี(พร้อมระบุเหตุให้สูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะ)
5. ภาพถ่ายที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย หรือการรักษาพยาบาล
6. สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวพนักงานการรถไฟฯ หรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
ของผู้ขอรับเงินสวัสดิการ กรณีทุพพลภาพของสมาชิก (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นมารับแทน)
7. สำเนาหน้าบัญชีธนาคารกรุงไทย, ธนาคารกรุงเทพ และธนาคารทหารไทย



ปิดอากรแสตมป์
10 บาท
หรือ 30 บาท

หนังสือมอบอำนาจ

สหกรณ์ออมทรัพย์สหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจรถไฟแห่งประเทศไทย จำกัด

เรื่อง.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....

สัญชาติ..... เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

อยู่บ้านเลขที่..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด..... ได้มอบให้.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....

สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... เป็นผู้มียอำนาจจัดการ

.....แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ข้าพเจ้าให้ถือว่าเหมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเอง

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

(.....)

หมายเหตุ ผู้มอบอำนาจต้องระบุวัตถุประสงค์ที่มอบให้ผู้รับมอบอำนาจกระทำการแทนให้ชัดเจน และโปรดแนบเอกสารดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวพนักงานรถไฟหรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ (รับรองสำเนาถูกต้อง) พร้อมด้วยบัตรตัวจริง จำนวน 1 ชุด
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (รับรองสำเนาถูกต้อง) จำนวน 1 ชุด
- ต้องปิดอากรแสตมป์ ทุกครั้ง กรณีมอบอำนาจ 1 เรื่อง ปิดอากรแสตมป์ 10 บาท กรณีมอบอำนาจเกินกว่า 1 เรื่อง ปิดอากรแสตมป์ 30 บาท