



หนังสือขอรับเงินสวัสดิการ กรณีทุพพลภาพของสมาชิก  
สหกรณ์ออมทรัพย์สหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจรถไฟแห่งประเทศไทย จำกัด

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการทุพพลภาพ

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจรถไฟแห่งประเทศไทย จำกัด

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

ตำแหน่ง .....สังกัด..... หมายเลขโทรศัพท์.....

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....ประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการทุพพลภาพของสมาชิก ดังนี้

ประสบอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยเป็นเหตุให้สูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะอย่างถาวร

ประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานเป็นเหตุให้สูญเสียอวัยวะหรือสูญเสีย

สมรรถภาพของอวัยวะบางส่วน

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

จังหวัด.....เลขที่.....ลงวันที่.....ตั้งรายละเอียด

ในเอกสารแนบท้ายหนังสือฉบับนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากภายหลังปรากฏว่าข้าพเจ้าแสดงข้อความข้างต้นเป็นเท็จและสหกรณ์ฯได้จ่ายเงินสวัสดิการ กรณีทุพพลภาพให้กับข้าพเจ้าแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินสวัสดิการ กรณีทุพพลภาพที่ข้าพเจ้ารับมาแล้วให้กับสหกรณ์ฯ ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่สหกรณ์ฯ ได้มีหนังสือแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ กรณีทุพพลภาพ

(.....)

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

ข้าพเจ้า.....ประธานกลุ่มผู้แทนสมาชิก/ผู้แทนสมาชิก สาขา.....

ขอรับรองว่าได้ตรวจสอบข้อมูลข้างต้นแล้วพบว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ประธานกลุ่มผู้แทนสมาชิก/ผู้แทนสมาชิก

(.....)

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

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

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจเอกสาร  
(.....)  
วัน/เดือน/ปี.....

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ  
(.....)  
วัน/เดือน/ปี.....

**ผู้อนุมัติ**

ลงชื่อ.....ประธานฯ  
(.....)  
วัน/เดือน/ปี.....

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

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

**หมายเหตุ :** เอกสารประกอบการรับเงินสวัสดิการ กรณีทุพพลภาพ (ทุกฉบับลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง) ยื่นหลักฐาน  
ต่อสหกรณ์ภายใน 90 วัน นับถัดจากวันสุดท้ายที่ระบุในหนังสือรับรองการรักษาตัวในสถานพยาบาลของแพทย์

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



ปิดอาคารแสดมภ์  
10 บาท  
หรือ 30 บาท

## หนังสือมอบอำนาจ

### สหกรณ์ออมทรัพย์สหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจกรไฟฟ้าแห่งประเทศไทย 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..... เป็นผู้ม่ออำนาจจัดการ

.....

.....

..... แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ข้าพเจ้าให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำ

ด้วยตนเอง

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน      ลงชื่อ.....พยาน

(.....)      (.....)

**หมายเหตุ** ผู้มอบอำนาจต้องระบุวัตถุประสงค์ที่มอบให้ผู้รับมอบอำนาจกระทำการแทนให้ชัดเจน และโปรดแนบเอกสารดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวพนักงานกรไฟฟ้าหรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ (รับรองสำเนาถูกต้อง) พร้อมด้วยบัตรตัวจริง จำนวน 1 ชุด
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (รับรองสำเนาถูกต้อง) จำนวน 1 ชุด
- ต้องปิดอาคารแสดมภ์ ทุกครั้ง กรณีมอบอำนาจ 1 เรื่อง ปิดอาคารแสดมภ์ 10 บาท กรณีมอบอำนาจเกินกว่า 1 เรื่อง ปิดอาคารแสดมภ์ 30 บาท