



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 คูณด้วย 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 ๑๔๐ 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



บันทึกข้อความ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด ถ.วิจิตรสุรการ ต.มุกดาหาร อ.เมืองมุกดาหาร
จ.มุกดาหาร 49000 ที่ สอ.สสจ.มท พ/..... วันที่.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการบำเหน็จสมาชิก

เรียน ประธานคณะกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสังกัด

หน่วย รพ./สสอ./รพ.สต./อบจ.....เลขที่สมาชิก.....

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....เกษียณอายุราชการ/หรือลาออกจากราชการมีผลตั้งแต่วันที่

.....

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการบำเหน็จสมาชิก

☐ ขอรับเป็นเงินสด / ☐ เงินโอนเข้าบัญชี ธนาคาร.....

เลขที่บัญชี.....เนื่องจาก

(.....) ไม่มีหนี้

(.....) ต้องการนำเงินไปใช้จ่ายในครอบครัว ทั้งนี้เงินเดือนประจำเดือน ต.ค.....

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับเงินเดือนจากกรมบัญชีกลางและได้ส่งให้สหกรณ์ฯ ครบถ้วน (ไม่มีหนี้ค้าง

ชำระรายเดือนแล้ว)

☐ นำเงินที่จะได้รับ มาชำระหนี้สามัญ /หนี้ฉุกเฉิน /หนี้อื่นๆ คงเหลือของข้าพเจ้าทั้งจำนวน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

สมาชิกเลขที่.....