



คำขอรับสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกเจ็บป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ในฐานะคู่สมรส,
บุตร , ผู้ดูแล (นาย/นาง/นางสาว).....ซึ่งเป็นสมาชิก
ประเภทสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด สมาชิกเลขทะเบียนที่.....อายุ.....ปี
ปัจจุบันสมาชิกพักอาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ซอย.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

สมาชิกมีความประสงค์ขอรับความช่วยเหลือจากสหกรณ์แห่งนี้ เนื่องจากเจ็บป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง
ได้ ในกรณีดังนี้

- () 1. ความพิการทางการมองเห็น
- () 2. ความพิการทางการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต
- () 3. ความพิการทางด้านจิตใจหรือพฤติกรรมอันเป็นผลมาจากความบกพร่องทางจิตใจหรือสมอง

พร้อมกันนี้ข้าพเจ้าในฐานะผู้ดูแลสมาชิก ได้แนบเอกสารมาประกอบการพิจารณาดังนี้

- 1. สำเนาบัตรประจำตัวของสมาชิกผู้เจ็บป่วย
- 2. สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิกผู้เจ็บป่วย
- 3. หนังสือรับรองความพิการจากแพทย์ในสถานพยาบาลของทางราชการ
- 4. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของสมาชิกผู้เจ็บป่วย

(สมุดเงินฝากเล่มสีชมพู ซึ่งสมาชิกได้รับจากสหกรณ์ในวันประชุมใหญ่สามัญ)

อนึ่ง ถ้าสมาชิกเจ็บป่วยกรณีใดกรณีหนึ่งข้างต้นนี้ถึงแก่ความตาย หรือได้รับการฟื้นฟูจนมีสภาพเป็นปกติ
(ไม่พิการ) ข้าพเจ้าในฐานะผู้ดูแลสมาชิกผู้เจ็บป่วยยินดีให้สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด ยกเลิกการ
ขอรับความช่วยเหลือนี้

ข้าพเจ้าในฐานะผู้ดูแลสมาชิกผู้เจ็บป่วย ได้แนบสำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของ
ข้าพเจ้ามาพร้อมหนังสือฉบับนี้

ลงชื่อ.....ผู้เจ็บป่วย

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)