



ใบคำขอรับเงินช่วยเหลือสมาชิกผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

สหกรณ์ออมทรัพย์ครูเชียงใหม่ จำกัด ปี 2565

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... เลขที่สมาชิก.....

สมาชิกประเภท ☐ สามัญ ☐ สมทบ สังกัดโรงเรียน.....

หน่วยบริการ..... โทรศัพท์มือถือ.....

มีความประสงค์ขอรับการช่วยเหลือผู้ประสบภัยสาธารณสุข กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่ 49/1/2565 ครั้งที่ 4 เมื่อวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2565

☐ ได้รับการวินิจฉัยโรค (ผู้ป่วยยืนยัน COVID-19) เมื่อวันที่.....

☐ รับเงินช่วยเหลือ 3,000 บาท (กรณีเป็นผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 ก่อนวันที่ 1 เม.ย. 65)

☐ รับเงินช่วยเหลือ 1,500 บาท (กรณีเป็นผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 ตั้งแต่วันที่ 1-30 เม.ย. 65)

☐ กรณีถึงแก่กรรมด้วยการติดเชื้อ COVID-19 ภายในวันที่ 30 มิ.ย. 65 (ได้รับเงินช่วยเหลือ 25,000 บาท)

ทายาทเป็นดำเนินการขอรับเงินช่วยเหลือ

☐ ขอส่งเอกสารหลักฐานประกอบการพิจารณาช่วยเหลือดังนี้

กรณีเป็นผู้ป่วยยืนยัน COVID-19

1. สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรข้าราชการ จำนวน 1 ชุด
2. ใบรับรองแพทย์* (ตัวจริงหรือสำเนา) จำนวน 1 ชุด

(ใบรับรองแพทย์* หรือผลการตรวจวินิจฉัยจากโรงพยาบาลว่า
ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19))

กรณีถึงแก่กรรมด้วยการติดเชื้อ COVID-19

1. สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรข้าราชการ จำนวน 1 ชุด
2. สำเนาใบมรณะบัตร จำนวน 1 ชุด
3. สำเนาทะเบียนบ้าน(ประทับตราเสียชีวิต) จำนวน 1 ชุด
4. ใบรับรองแพทย์* (ตัวจริง) จำนวน 1 ชุด
5. บัตรประชาชน (ทายาท) จำนวน 1 ชุด
6. สำเนาทะเบียนบ้าน (ทายาท) จำนวน 1 ชุด
7. สำเนาหน้าสมุดเลขบัญชีเงินฝาก (ทายาท) จำนวน 1 ชุด

กรณีที่ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการฯ ข้าพเจ้ายินดีให้สหกรณ์ฯ โอนเงินดังกล่าวเข้าบัญชีออมทรัพย์ / บัญชีออมทรัพย์ ATM ของข้าพเจ้าที่เปิดไว้กับสหกรณ์ฯ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับสวัสดิการ

()

วันที่ขอรับสวัสดิการ.....

หมายเหตุ สมาชิกคนหนึ่ง ๆ จะมีสิทธิขอรับการช่วยเหลือนี้ได้เพียงครั้งเดียว โดยยื่นขอรับการช่วยเหลือภายใน 120 วัน นับแต่วันที่ได้รับการวินิจฉัยจากโรงพยาบาล