



แบบคำขอรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิกประสบอุบัติเหตุ
สหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกระทรวงศึกษาธิการ จำกัด

เลขที่รับ /

วันที่รับ.....

วันที่ยื่นเรื่อง

เรื่อง ขอบเบิกเงินสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิกประสบอุบัติเหตุ

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกระทรวงศึกษาธิการ จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/น.ส.) สมาชิกเลขที่

สังกัด โทรศัพท์

ได้รับอุบัติเหตุ เมื่อวันที่.....รายละเอียดการบาดเจ็บ.....

เข้ารับการรักษาพยาบาลที่.....เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....

ขอบเบิกเงินสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิกประสบอุบัติเหตุ ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกระทรวงศึกษาธิการ จำกัด ว่าด้วย

การสงเคราะห์สมาชิกประสบอุบัติเหตุ พ.ศ. 2555 โดยได้ยื่นหลักฐาน
ดังนี้

ต้องดำเนินการภายใน 1 ปี นับจากวันที่สมาชิกประสบอุบัติเหตุ
เริ่มใช้วันที่ 1 กรกฎาคม 2562

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
2. หลักฐานทางการแพทย์

ลงชื่อสมาชิก

(.....)

☀ สำหรับเจ้าหน้าที่ ☀

ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

ได้ตรวจสอบหลักฐานเอกสารประกอบการพิจารณาแล้ว ถูกต้องตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกระทรวงศึกษาธิการ จำกัด
ว่าด้วย การสงเคราะห์สมาชิกประสบอุบัติเหตุ พ.ศ. 2555 เห็นควรอนุมัติ ดังนี้

| ข้อ 1 กรณี อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งขาดหาย ให้จ่ายไม่เกิน 10,000.- บาท | | | | ข้อ 2 กรณี อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งไม่ขาดหาย และต้องพักรักษาตัวเป็น ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 21 วัน ให้จ่ายไม่เกิน 5,000.-บาท | | | |
|---|--|------------|----------|--|-----------------------------|------------|---------|
| ข้อ | รายการ | เงื่อนไข | บาท | ข้อ | รายการ | เงื่อนไข | บาท |
| 1.1 | สูญเสียแขนหรือขา 2 ข้าง ตั้งแต่ ข้อมือ หรือข้อเท้าขึ้นไป | จ่าย | 10,000.- | 2.1 | แขนหักหรือขาหัก ทั้ง 2 ข้าง | จ่าย | 5,000.- |
| 1.2 | สูญเสียแขนหรือขา ข้างเดียว ตั้งแต่ ข้อมือ หรือข้อเท้าขึ้นไป | จ่าย | 5,000.- | 2.2 | แขนหักหรือขาหัก ข้างเดียว | จ่าย | 2,500.- |
| 1.3 | สูญเสียตาทั้งสองข้าง | จ่าย | 10,000.- | 2.3 | นิ้วมือ หรือนิ้วเท้าหัก | จ่ายนิ้วละ | 1,000.- |
| 1.4 | สูญเสียตาข้างเดียว | จ่าย | 5,000.- | ข้อ 3 กรณี อวัยวะอื่นๆ ให้คณะกรรมการดำเนินการเป็นผู้พิจารณาเป็นรายๆ ไป | | | |
| 1.5 | นิ้วมือหรือนิ้วเท้าขาด นิ้วใดนิ้วหนึ่ง | จ่ายนิ้วละ | 1,500.- | | | | |

ทั้งนี้ สหกรณ์ ฯ จะจ่ายรายการที่สูงสุดเพียงรายการเดียว

เรียน ผู้จัดการ

เห็นควรอนุมัติเงินสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิกประสบอุบัติเหตุ
จำนวน.....บาท (.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....หัวหน้าฝ่าย
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ช่วยผู้จัดการ
(.....)

ลงชื่อ.....รองผู้จัดการ
(.....)

คำสั่งผู้จัดการ

อนุมัติ

.....
(.....)