



สมาชิกได้สิทธิครั้งเดียว

คำขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกที่ไม่มีบุตร
สหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จำกัด
(กรุณากรอกข้อความให้ครบถ้วน)

วันที่.....

ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล).....เลขทะเบียนสมาชิกที่.....

สังกัด.....โทร.....รับทราบหลักเกณฑ์และเงื่อนไขตามประกาศ เรื่อง สวัสดิการ
สำหรับสมาชิกที่ไม่มีบุตรแล้ว ขอใช้สิทธิรับเงินสวัสดิการสมาชิกที่ไม่มีบุตร และขอให้ถ้อยคำประกอบการขอรับสิทธิ ดังนี้

1. ข้าพเจ้าเกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี (พ.ศ. ลบ พ.ศ.)
2. ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ มาแล้ว.....งวดเดือน (นับตามจำนวนงวดการส่งเงินค่าหุ้น)
3. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลดังต่อไปนี้**เป็นความจริง**ทุกประการ (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ใน)

3.1 ข้าพเจ้า**ไม่มี**คู่สมรส และไม่มีบุตร

3.2 ข้าพเจ้า**มี**คู่สมรสโดย**พฤตินัย** (มิได้จดทะเบียนสมรส) และไม่มีบุตร

3.3 ข้าพเจ้า**มี**คู่สมรสโดย**นิตินัย** (จดทะเบียนสมรส) และไม่มีบุตร

3.4 ข้าพเจ้ามีสิทธิรับเงินสวัสดิการสมาชิกที่ไม่มีบุตร และมีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศ เรื่อง สวัสดิการ

สำหรับสมาชิกที่ไม่มีบุตร และขอรับเงินสวัสดิการเป็น เงินสด / บัญชีเงินฝากที่มีกับสหกรณ์ บัญชีเลขที่.....

4. กรณีมีข้อร้องเรียน หรือสหกรณ์ฯ ได้ตรวจสอบในภายหลัง ปรากฏว่า คุณสมบัติของข้าพเจ้าไม่เป็นไปตาม
ประกาศฯ ข้าพเจ้ายินดีคืนเงินสวัสดิการนี้ทั้งจำนวน เมื่อได้รับแจ้งจากสหกรณ์ฯ

5. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เมื่อได้รับเงินสวัสดิการนี้แล้ว หากต่อไปภายหน้า สหกรณ์ฯ ได้ปรับปรุง ทบทวน สวัสดิการนี้
มีการเปลี่ยนแปลง เพิ่มเติมไปจากเดิม ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้อง หรือโต้แย้งสิทธิใด ๆ ทั้งสิ้น

(ลงชื่อ).....

(.....)

คำรับรองของสมาชิก	คำรับรองของสมาชิก
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้ขอรับสวัสดิการ เป็นสมาชิกที่ไม่มีบุตร ตามข้อ 3 (ลงชื่อ)..... (.....) เลขทะเบียนสมาชิกที่.....	ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้ขอรับสวัสดิการ เป็นสมาชิกที่ไม่มีบุตร ตามข้อ 3 (ลงชื่อ)..... (.....) เลขทะเบียนสมาชิกที่.....
สำหรับเจ้าหน้าที่ ตรวจสอบคุณสมบัติ หลักเกณฑ์ แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นไปตามประกาศฯ <input type="checkbox"/> ไม่เป็นไปตามประกาศฯ เห็นควร <input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ เนื่องจาก..... ลงชื่อ..... วันที่.....	ผู้มีอำนาจอนุมัติ <input type="checkbox"/> อนุมัติเบิกจ่ายได้ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ ลงชื่อ..... ตำแหน่ง..... วันที่.....

หลักฐานประกอบการขอรับสวัสดิการ : สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรพนักงาน (ไม่หมดอายุ)