



หนังสือให้ความยินยอมเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล  
ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562  
(สำหรับขอรับสวัสดิการ)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว (ชื่อ-ชื่อสกุล).....  
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....ตกลงให้ความยินยอมแก่สหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จำกัด  
(สหกรณ์) ดำเนินการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อใช้ในการขอรับสวัสดิการจากสหกรณ์ เช่น สวัสดิการเป็นขวัญ  
กำลังใจในวันเจ็บป่วย ทุนเพื่อการศึกษาบุตร ทุนสงเคราะห์เพื่อการศพ เป็นต้น โดยสหกรณ์จะเก็บรักษาข้อมูลดังกล่าวไว้เป็นความลับ  
และใช้ในวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลที่สหกรณ์ได้รับ เช่น ข้อมูลในการกรอกใบขอรับสวัสดิการต่าง ๆ ได้แก่ ชื่อ ชื่อสกุล ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์  
อีเมลล์ เลขประจำตัวประชาชน วัน/เดือน/ปี เกิด วุฒิการศึกษา สถานศึกษา และ/หรือเอกสารใด ๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

2. สหกรณ์จะดำเนินการจัดเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ภายใต้วัตถุประสงค์ของสหกรณ์ ในการ  
ประมวลผล พิจารณาใบขอรับสวัสดิการ เพื่อการติดต่อ การประกาศรายชื่อ เพื่อประโยชน์โดยชอบด้วยกฎหมาย หรือเพื่อปฏิบัติตาม  
กฎหมายหรือข้อกเว้นตามกฎหมาย ไม่ว่าตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล หรือกฎหมายใด ๆ รวมถึงเพื่อตรวจสอบประวัติ  
สุขภาพ เพื่อการจัดสวัสดิการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ กรณีขอรับสวัสดิการรักษาพยาบาล เพื่อพิสูจน์และระบุตัวตนในกรณีที่เอกสารระบุ  
ตัวตนมีข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความละเอียดอ่อนไหว เพื่อประกอบการพิจารณาของสหกรณ์

3. ระยะเวลาการจัดเก็บข้อมูลส่วนบุคคล สหกรณ์จะจัดเก็บข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับใบขอรับสวัสดิการไม่เกินระยะเวลาตามที่  
กำหนดในประกาศสหกรณ์เรื่อง นโยบายเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล

4. สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล ขอให้แก้ไขข้อมูลส่วนบุคคล ลบ หรือทำลาย การเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคล โอนข้อมูล  
ส่วนบุคคล คัดค้านการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย หรือระงับการใช้ข้อมูลส่วนบุคคล โดยแจ้งความประสงค์ต่อสหกรณ์

ข้าพเจ้าสามารถจะเลือกให้ข้อมูลส่วนบุคคลแก่สหกรณ์หรือไม่ก็ได้

ผลกระทบของการไม่ให้ข้อมูล กรณีไม่ให้ข้อมูลส่วนบุคคล หรือการไม่ยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูล  
ส่วนบุคคลดังกล่าว สหกรณ์อาจไม่สามารถปฏิบัติตามภาระข้อผูกพันที่สหกรณ์มีกับผู้ขอรับสวัสดิการ สหกรณ์อาจปฏิเสธการดำเนินการ  
เกี่ยวกับการขอรับสวัสดิการ อันเนื่องมาจากการที่สหกรณ์ไม่สามารถใช้ข้อมูลส่วนบุคคลในการพิจารณาได้

ข้าพเจ้ารับทราบว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ที่ได้ให้ไว้กับสหกรณ์  
เมื่อใดก็ได้ โดยแจ้งให้สหกรณ์ทราบเป็นลายลักษณ์อักษร

5. ช่องทางการติดต่อ

สำนักงานสหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จำกัด เลขที่ 222 มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ต.ไทยบุรี อ.ท่าศาลา  
จ.นครศรีธรรมราช โทร. 0-7567-3172-3 E-Mail : [wusaving@hotmail.com](mailto:wusaving@hotmail.com)

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมตามหนังสือฉบับนี้ พร้อมลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ไว้ดังนี้

( ) ยินยอม

( ) ไม่ยินยอม

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับสวัสดิการ  
(.....)



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.....
<b>สำหรับเจ้าหน้าที่</b> ตรวจสอบคุณสมบัติ หลักเกณฑ์ แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นไปตามประกาศฯ <input type="checkbox"/> ไม่เป็นไปตามประกาศฯ เห็นควร <input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ เนื่องจาก..... ..... ลงชื่อ..... วันที่.....	<b>ผู้มีอำนาจอนุมัติ</b> <input type="checkbox"/> อนุมัติเบิกจ่ายได้ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ  ลงชื่อ..... ตำแหน่ง..... วันที่.....

หลักฐานประกอบการขอรับสวัสดิการ : สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรพนักงาน (ไม่หมดอายุ)