



**คำขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกเป็นขวัญกำลังใจให้ผู้ป่วยที่บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยร้ายแรง
สหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จำกัด**

ข้าพเจ้า(ชื่อ-สกุล).....เลขทะเบียนสมาชิกที่.....สังกัด.....
 โทรศัพท์.....มีอายุการเป็นสมาชิกมาแล้ว.....เดือน (ต้องมีอายุการเป็นสมาชิกไม่น้อยกว่า 6 เดือน วันที่เข้ารับการ
 รักษาพยาบาล) ขอเบิกสวัสดิการสมาชิกเป็นขวัญกำลังใจในวันเจ็บป่วยที่บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยร้ายแรงตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัย
 วลัยลักษณ์ จำกัด ว่าด้วยการใช้ทุนสวัสดิการและการสงเคราะห์ตามสมควรแก่สมาชิกและครอบครัว โดยได้พักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของ
 โรงพยาบาล.....เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....จำนวน.....คืน (ต้องพักรักษาตัว
 เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทุกกรณี ตั้งแต่ 20 วันขึ้นไป) ตามหลักฐานที่แนบ
 สำเนาใบรับรองแพทย์ หรือสำเนาหลักฐานอื่นอันแสดงว่าได้รับการเข้ารักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล
 และขอรับเงินสวัสดิการเป็น มารับเงินด้วยตนเอง
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากที่มีกับสหกรณ์ประเภท.....เลขที่.....

ในกรณีที่สมาชิก หรือผู้รับโอนประโยชน์ ใช้สิทธิโดยไม่สุจริตและได้รับเงินสวัสดิการตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
 จำกัด ว่าด้วยการใช้ทุนสวัสดิการและการสงเคราะห์ตามสมควรแก่สมาชิกและครอบครัวนี้ไปแล้ว ให้สหกรณ์เรียกคืนเงินสวัสดิการดังกล่าวทั้งหมด
 ภายในเวลาที่สหกรณ์กำหนด
 กรณีไม่คืนเงินสวัสดิการภายในเวลาที่กำหนด ให้คืนเงินสวัสดิการพร้อมดอกเบี้ยในอัตราดอกเบี้ยร้อยละ 7.50 ต่อปี โดยให้คำนวณดอกเบี้ย
 นับแต่วันที่ได้รับเงินสวัสดิการดังกล่าวจากสหกรณ์เป็นต้นไป จนกว่าจะคืนเงินให้แก่สหกรณ์เสร็จสิ้น และให้งดสิทธิการได้รับสวัสดิการ ทุกประเภท
 จากสหกรณ์เป็นเวลา 2 ปี นับแต่วันที่ได้รับเงินสวัสดิการดังกล่าวจากสหกรณ์

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

คำเตือน : การขอรับสวัสดิการ ให้สมาชิกผู้มีสิทธิแจ้งความประสงค์พร้อมหลักฐานตามแบบที่สหกรณ์กำหนดภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ออกจาก
 โรงพยาบาล หากเลยกำหนดถือว่า สละสิทธิที่จะรับเงินสวัสดิการ

สำหรับเจ้าหน้าที่	ผู้มีอำนาจอนุมัติ
<p>ประจำปีบัญชี..... <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ใช้สิทธิ <input type="checkbox"/> ใช้สิทธิแล้ว.....ครั้ง ครั้งนี้เป็นการใช้สิทธิครั้งที่..... ตรวจสอบคุณสมบัติ หลักเกณฑ์ แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นไปตามระเบียบสหกรณ์ เห็นควรอนุมัติสวัสดิการสมาชิกเป็นขวัญกำลังใจ ในวันเจ็บป่วยที่บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยร้ายแรง จำนวนเงิน.....บาท <input type="checkbox"/> ไม่เป็นไปตามระเบียบสหกรณ์ เห็นควรไม่อนุมัติ เนื่องจาก..... </p> <p style="text-align: right;">ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....</p>	<p><input type="checkbox"/> อนุมัติเบิกจ่ายสวัสดิการ จำนวนเงิน.....บาท <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ เนื่องจาก..... </p> <p style="text-align: right;">ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....</p>

<p><input type="checkbox"/> ได้ตรวจสอบแล้ว และมีสิทธิเบิกสวัสดิการสมาชิกเป็นขวัญกำลังใจ ในวันเจ็บป่วยที่บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยร้ายแรงตามระเบียบสหกรณ์ จำนวนเงิน.....บาท <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....</p> <p style="text-align: right;">ลงชื่อ.....ผู้จัดการ (.....) วันที่.....</p>	<p>การจ่ายเงินสวัสดิการ ได้ดำเนินการจ่ายเงินสวัสดิการ จำนวนเงิน.....บาท โดย.....</p> <p style="text-align: right;">ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน (.....) วันที่.....</p>
--	---