คำขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกเป็นขวัญกำลังใจในวันเจ็บป่วย
สหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จำกัด

ข้าพเจ้า(ชื่อ-สกุล).....เลขทะเบียนสมาชิกที่.....สังกัด.....
โทรศัพท์.....มีอายุการเป็นสมาชิกมาแล้ว.....เดือน (ต้องมีอายุการเป็นสมาชิกไม่น้อยกว่า 6 เดือน นับถึงวันที่เข้ารับการรักษาพยาบาล) ขอเบิกสวัสดิการสมาชิกเป็นขวัญกำลังใจในวันเจ็บป่วย ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จำกัด ว่าด้วยการใช้ทุนสวัสดิการและการสงเคราะห์ตามสมควรแก่สมาชิกและครอบครัว โดยได้พักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล.....เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....ตามหลักฐานที่แนบ

☐ สำเนาใบรับรองแพทย์ หรือสำเนาหลักฐานอื่นอันแสดงว่าได้รับการเข้ารักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

และขอรับเงินสวัสดิการเป็น ☐ มารับเงินด้วยตนเอง

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากที่มีกับสหกรณ์ประเภท.....เลขที่.....

☐ โอนเข้าบัญชีธนาคาร.....ชื่อบัญชี.....

เลขที่บัญชี.....

ในกรณีที่สมาชิก หรือผู้รับโอนประโยชน์ ใช้สิทธิโดยไม่สุจริตและได้รับเงินสวัสดิการตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จำกัด ว่าด้วยการใช้ทุนสวัสดิการและการสงเคราะห์ตามสมควรแก่สมาชิกและครอบครัวนี้ไปแล้ว ให้สหกรณ์เรียกคืนเงินสวัสดิการดังกล่าวทั้งหมดภายในเวลาที่สหกรณ์กำหนด

กรณีไม่คืนเงินสวัสดิการภายในเวลาที่กำหนด ให้คืนเงินสวัสดิการพร้อมดอกเบี้ยในอัตราดอกเบี้ยร้อยละ 7.50 ต่อปี โดยให้คำนวณดอกเบี้ยนับแต่วันที่ได้รับเงินสวัสดิการดังกล่าวจากสหกรณ์เป็นต้นไป จนกว่าจะคืนเงินให้แก่สหกรณ์เสร็จสิ้น และให้งดสิทธิ์การได้รับสวัสดิการทุกประเภทจากสหกรณ์เป็นเวลา 2 ปี นับแต่วันที่ได้รับเงินสวัสดิการดังกล่าวจากสหกรณ์

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

คำเตือน : การขอรับสวัสดิการ ให้สมาชิกผู้มีสิทธิแจ้งความประสงค์พร้อมหลักฐานตามแบบที่สหกรณ์กำหนดภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ออกจากโรงพยาบาล หากเลยกำหนดถือว่า สละสิทธิ์ที่จะรับเงินสวัสดิการ

สำหรับเจ้าหน้าที่

ประจำปีบัญชี..... ☐ ยังไม่ได้ใช้สิทธิ ☐ ใช้สิทธิแล้ว.....ครั้ง
ครั้งนี้เป็นการใช้สิทธิครั้งที่..... ตรวจสอบคุณสมบัติ หลักเกณฑ์ แล้ว
☐ เป็นไปตามระเบียบสหกรณ์ เห็นควรอนุมัติสวัสดิการสมาชิกเป็นขวัญกำลังใจในวันเจ็บป่วย จำนวนเงิน.....บาท
☐ ไม่เป็นไปตามระเบียบสหกรณ์ เห็นควรไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....
.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ

☐ อนุมัติเบิกจ่ายสวัสดิการ จำนวนเงิน.....บาท
☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....
.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

☐ ได้ตรวจสอบแล้ว และมีสิทธิเบิกสวัสดิการสมาชิกเป็นขวัญกำลังใจในวันเจ็บป่วยตามระเบียบสหกรณ์ จำนวนเงิน.....บาท
☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ
(.....)
วันที่.....

การจ่ายเงินสวัสดิการ

ได้ดำเนินการจ่ายเงินสวัสดิการ จำนวนเงิน.....บาท
โดย.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
(.....)
วันที่.....