



บันทึกขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกประสบอุบัติเหตุ

วันที่

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกประสบอุบัติเหตุ (สูญเสียอวัยวะหรือสายตา)

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์อัครราชทูตสหรัฐอเมริกา จำกัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบรับรองแพทย์ จำนวน 1 ชุด
2. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ชุด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขทะเบียน สังกัด บ้านเลขที่.....ถนน.....

หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นสมาชิกเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ประสบอุบัติเหตุ เมื่อวันที่
.....สถานที่เกิดเหตุ.....สูญเสียอวัยวะหรือสายตา ดังนี้

1. อวัยวะ ☐ สูญเสียนิ้ว ☐ สูญเสียมือ ☐ สูญเสียเท้า
☐ สูญเสียหู ☐ สูญเสียการออกเสียงหรือเป็นใบ้
2. สายตา ☐ สูญเสียสายตา.....

จึงขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกประสบอุบัติเหตุจากสหกรณ์ออมทรัพย์อัครราชทูตสหรัฐอเมริกา จำกัด ตามระเบียบว่า
ด้วยการใช้ทุนสวัสดิการสมาชิกและครอบครัว พ.ศ. 25..... โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้ออนเงินเข้าเงินฝากสหกรณ์
หมายเลขบัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ จักขอบคุณยิ่ง

..... สมาชิกผู้รับเงิน
(.....)

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์อัครราชทูตสหรัฐอเมริกา จำกัด

ขอเรียนว่า ได้ตรวจสอบ สมาชิกท่านนี้เป็นสมาชิก เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
รวมอายุการเป็นสมาชิก ปี มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ตามระเบียบสหกรณ์ว่าด้วยการใช้ทุนสวัสดิการแก่สมาชิกและ
ครอบครัว พ.ศ. 25..... โดยคณะกรรมการออกตรวจสอบการประสบอุบัติเหตุเรียบร้อยแล้ว ตามมติคณะกรรมการ
ดำเนินการชุดที่...../..... ลงวันที่.....พิจารณาอนุมัติเงินจำนวน..... บาท

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ
(น.ส.เวรกา เจริญทอง)

(ลงชื่อ)..... ผู้จัดการ
(น.ส.วิภาพร วรรณมานุสสัย)

(ลงชื่อ)ประธาน
(นายคำพอง มั่นจิต)
ผู้อนุมัติ

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....)
...../...../.....

หมายเหตุ สมาชิกยื่นสวัสดิการภายในวันที่ 5 ของเดือน โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ทั่วไปของสมาชิกทุกวันที่ 5 ของเดือนถัดไป
กรณีตรงกับวันหยุดทำการ จะโอนในวันทำการแรกของสัปดาห์ถัดไป

หมวด 6

สวัสดิการกรณีสมาชิกประสบอุบัติเหตุ

ข้อ 13 เงินสวัสดิการกรณีสมาชิกประสบอุบัติเหตุ สหกรณ์จ่ายให้สมาชิกตามหลักเกณฑ์ในแต่ละกรณีดังนี้

- (1) กรณีสูญเสียอวัยวะหรือสาวยตา จ่ายให้อัตราระหว่าง 2,000 บาทถึง 10,000 บาท ตามประเภทของการสูญเสียที่คณะกรรมการกำหนดไว้ในประกาศของสหกรณ์
- (2) กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง จ่ายให้ตามหลักเกณฑ์ดังนี้
 - ก. เป็นสมาชิกตั้งแต่ 1 ปี ถึง 5 ปี รายละ 15,000 บาท
 - ข. เป็นสมาชิกตั้งแต่ 6 ปี ถึง 10 ปี รายละ 20,000 บาท
 - ค. เป็นสมาชิกตั้งแต่ 11 ปี ขึ้นไป รายละ 25,000 บาท

ข้อ 14 ให้คณะกรรมการมีอำนาจกำหนดเงื่อนไขที่จำเป็นอื่นเกี่ยวกับการจ่ายเงินสวัสดิการตาม ข้อ 13 โดยกำหนดไว้ในประกาศของสหกรณ์ เรื่อง กำหนดอัตราจ่ายเงินสงเคราะห์กรณีสมาชิกประสบอุบัติเหตุโดยสูญเสียอวัยวะและสาวยตา

ข้อ 15 เงินสวัสดิการตาม ข้อ 13 ให้เป็นสิทธิเฉพาะตัวสมาชิกเท่านั้น

ข้อ 16 หากสมาชิกประสบอุบัติเหตุครั้งใหม่ ให้มีสิทธิตาม ข้อ 13 ได้อีก

ข้อ 17 ให้ผู้มีสิทธิได้รับเงินใน ข้อ 13 แจ่งเป็นหนังสือพร้อมทั้งแนบหลักฐานที่จำเป็น เช่น ใบรับรองแพทย์ สำเนาทะเบียนบ้าน หรือหลักฐานอื่นใดที่จำเป็นต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาโดยกำหนดเวลาขึ้นขอรับสวัสดิการ ดังนี้

- (1) กรณีสูญเสียอวัยวะหรือสาวยตาให้แจ้งภายใน 90 วันนับแต่วันที่แพทย์ลงความเห็นรับรองการสูญเสียอวัยวะหรือสาวยตา กรณีเกินกำหนด 90 วัน สหกรณ์จะจ่ายกึ่งหนึ่งของสวัสดิการนั้น ๆ แต่ทั้งนี้ต้องไม่เกิน 365 วัน
- (2) กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ให้แจ้งภายใน 90 วัน นับแต่วันที่แพทย์ลงความเห็นรับรองการตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง กรณีเกินกำหนด 90 วัน สหกรณ์จะจ่ายกึ่งหนึ่งของสวัสดิการนั้น ๆ แต่ทั้งนี้ต้องไม่เกิน 365 วัน

ข้อ 18 สหกรณ์จะจ่ายเงินสวัสดิการตามข้อ 13 ให้บุคคลดังต่อไปนี้

- (1) กรณีสูญเสียอวัยวะหรือสาวยตา ให้จ่ายแก่สมาชิก
- (2) กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ให้จ่ายแก่คู่สมรสหรือบุตร หรือบิดาหรือมารดา ตามลำดับ

ข้อ 19 กรณีที่สมาชิกประสบอุบัติเหตุและยังมีหนี้สินค้างชำระอยู่กับสหกรณ์ ให้สหกรณ์นำเงินที่จะจ่ายตามที่กำหนดไว้ในข้อ 13 มาหักชำระหนี้ของสมาชิกที่ค้างชำระอยู่ทั้งหมดก่อนเว้นแต่กรณีที่มิเหตุผลและความจำเป็น คณะกรรมการอาจพิจารณาผ่อนผันได้ตามควรแก่กรณี

ประกาศสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด

เรื่อง กำหนดอัตราจ่ายเงินสงเคราะห์กรณีสมาชิกประสบอุบัติเหตุโดยสูญเสียอวัยวะและสาวยตา

1. การสูญเสียนิ้ว
 - 1.1 นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป 3,000 บาท
 - 1.2 นิ้วมือตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป 2,000 บาท
 - 1.3 นิ้วเท้าตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป 2,000 บาท
2. การสูญเสียมือ 1 ข้างตั้งแต่ข้อมือ 6,000 บาท
3. การสูญเสียเท้า 1 ข้างตั้งแต่ข้อเท้า 6,000 บาท
4. การสูญเสียสาวยตา 1 ข้าง 6,000 บาท
5. การสูญเสียหู
 - 5.1 สูญเสียใบหู 1 ข้าง 2,000 บาท
 - 5.2 หูหนวก 1 ข้าง 2,000 บาท
 - 5.3 หูหนวก 2 ข้าง 5,000 บาท
6. สูญเสียการออกเสียงหรือเป็นใบ้ 5,000 บาท

ทั้งนี้รวมกันทุกรายการแล้ว สามารถเบิกอัตราการจ่ายเงินสงเคราะห์ฯ ได้ไม่เกิน 10,000 บาท นับแต่วันที่แพทย์ลงความเห็นรับรองการสูญเสีย