



ใบขอรับสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิก กรณีติดเชื้อไวรัส COVID 19 (ผู้ป่วยสีเขียว)
สหกรณ์ออมทรัพย์การยางแห่งประเทศไทย จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....เลขที่สมาชิก.....

สังกัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ขอรับสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกกรณีติดเชื้อไวรัส COVID 19 โดยได้รับการวินิจฉัย
จากแพทย์ว่า ติดเชื้อไวรัส COVID 19

ความเห็นของแพทย์

ให้อำนาจรักษา แบบ Home isolation

ให้อำนาจกักตัว แยกจากผู้อื่น จำนวน.....วัน

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....จำนวน.....วัน

เมื่อได้รับสวัสดิการฯ ดังกล่าวแล้ว ข้าพเจ้ายินดีให้สหกรณ์ฯ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของ
ข้าพเจ้าที่มีอยู่กับสหกรณ์

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับสวัสดิการ

(.....)

เอกสารประกอบการขอรับสวัสดิการ

1. ใบขอรับสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกกรณีติดเชื้อไวรัส COVID 19 2. ใบรับรองแพทย์ หรือสำเนาใบรับรองแพทย์
2. ผลการตรวจวินิจฉัยว่าติดเชื้อไวรัส COVID 19 หรือสำเนาผลตรวจวินิจฉัยฯ

หมายเหตุ : 1. สมาชิกที่ติดเชื้อไวรัส COVID 19 ซึ่งยังไม่เคยขอรับสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิก กรณีติดเชื้อไวรัส COVID 19
จากสหกรณ์ฯ มาก่อน รวมถึงสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกกรณีติดเชื้อ CORONAVIRUS -COVID 19 ประกาศ
ณ วันที่ 23 สิงหาคม 2564 ให้มีสิทธิได้รับสวัสดิการฯ นี้

2. สมาชิกสามารถขอรับสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิก กรณีติดเชื้อไวรัส COVID 19 ได้เพียงครั้งเดียวเท่านั้น

สำหรับเจ้าหน้าที่สหกรณ์

เจ้าหน้าที่สหกรณ์ ได้ตรวจสอบใบขอรับสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกกรณีติดเชื้อไวรัส COVID 19 และ
เอกสารประกอบการขอรับสวัสดิการฯ เรียบร้อยแล้ว เห็นว่าถูกต้องตรงตามประกาศสหกรณ์ฯ เรื่อง สวัสดิการช่วยเหลือสมาชิก
กรณีติดเชื้อไวรัส COVID 19 จึงขออนุมัติเบิกจ่ายสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกฯ เป็นเงินจำนวน.....บาท
(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่	สำหรับผู้มีอำนาจอนุมัติ
ตรวจสอบแล้ว <input type="checkbox"/> เอกสารหลักฐานครบถ้วนถูกต้อง ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์ วันที่.....	<input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ เนื่องจาก..... ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจอนุมัติ (.....) วันที่.....