



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสมุทรปราการ จำกัด
19 ซ.อัสวานนท์ 35 ถ.สุขุมวิท ต.ปากน้ำ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ 10270
โทร. 02-7029169 มือถือ 086-3277807 โทรสาร 02-7029169

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิกเกษียณอายุราชการของสมาชิก

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสมุทรปราการ จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....

หน่วยงาน.....เป็นผู้เกษียณอายุราชการเมื่อวันที่.....

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกที่เกษียณอายุ จากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสมุทรปราการ จำกัด ซึ่งเป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสมุทรปราการ จำกัด เป็นเวลา.....ปี มีสิทธิได้รับเงินตามระเบียบว่าด้วย การจ่ายเงินสวัสดิการสมาชิกที่เกษียณอายุ พ.ศ.2562

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ.....

(.....)

บันทึกข้อความ

เจ้าหน้าที่ได้ตรวจสอบคุณสมบัติแล้ว มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิกเกษียณอายุราชการ
จำนวน.....บาท (.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ

(.....)

ลงชื่อ.....ประธานกรรมการ

(.....)

เอกสารประกอบการพิจารณา

1.สำเนาบัตรประชาชนของผู้ขอรับเงิน จำนวน 1 ฉบับ

หมายเหตุ: ระยะเวลาการเป็นสมาชิก

1.เป็นสมาชิกไม่เกิน 10 ปี	จ่าย 2,000.00 บาท
2.เป็นสมาชิกตั้งแต่ 10 ปี แต่ไม่เกิน 15 ปี	จ่าย 4,000.00 บาท
3.เป็นสมาชิกตั้งแต่ 15 ปี แต่ไม่เกิน 20 ปี	จ่าย 6,000.00 บาท
4.เป็นสมาชิกตั้งแต่ 20 ปี แต่ไม่เกิน 25 ปี	จ่าย 8,000.00 บาท
5.เป็นสมาชิกเกิน 25 ปี ขึ้นไป	จ่าย 10,000.00 บาท