



สหกรณ์ออมทรัพย์พนักงานการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค จำกัด  
แบบคำขอรับทุนสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิก กรณีประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้จัดการ สอ.กฟภ.

ข้าพเจ้า..... สมาชิกเลขที่..... เลขประจำตัวพนักงาน.....

ตำแหน่ง..... สังกัด..... โทรศัพท์..... มีความประสงค์จะขอรับ  
เงินทุนสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิก ตามรายละเอียดดังนี้

<input type="checkbox"/> กรณีต้องเข้ารับการรักษาจากแพทย์ ในโรงพยาบาลที่มีใบอนุญาตตามกฎหมาย เนื่องจากประสบอุบัติเหตุ และเป็นเหตุให้สูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียสายตา หรือสูญเสียนิ้วมือ หรือนิ้วเท้า หรือทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร ให้ได้รับเงินสงเคราะห์เพิ่มเติมตามที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 5,000 บาท ตามใบเสร็จรับเงินเลขที่..... ลงวันที่..... ออกโดยโรงพยาบาล..... เป็นจำนวนเงิน.....	<input type="checkbox"/> กรณีสูญเสียนิ้วมือ หรือนิ้วเท้าตั้งแต่ข้อที่ 1 ลงไป ให้ได้รับเงินสงเคราะห์นิ้วละ 2,000 บาท
<input type="checkbox"/> กรณีเจ็บป่วย และเป็นเหตุให้ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร โดยแพทย์มีหนังสือแสดงความเห็นให้เป็นผู้ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร ให้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ 50,000 บาท	<input type="checkbox"/> กรณีสูญเสียมือ ตั้งแต่ข้อมือ หรือเท้า ตั้งแต่ข้อเท้า หรือสายตาย่างใดอย่างหนึ่ง ให้ได้รับเงินสงเคราะห์ข้างละ 20,000 บาท ทั้งนี้สูงสุดไม่เกิน 40,000 บาท
	<input type="checkbox"/> กรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรจากอุบัติเหตุภายใน 180 วัน นับตั้งแต่วันที่ประสบอุบัติเหตุและการทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร นั้น แพทย์ได้มีหนังสือแสดงความเห็นให้เป็นผู้ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรให้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ 50,000 บาท

สิทธิในการขอรับเงินอันเนื่องมาจากประสบอุบัติเหตุในคราวเดียวกันนั้น ให้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ สูงสุดเพียงข้อเดียว และเพียงครั้งเดียวเท่านั้น

**หลักฐานประกอบการพิจารณา**

- สำเนาบัตรประจำตัว (ผู้ร้องขอ)
- สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ร้องขอ)
- ใบรับรองแพทย์
- ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล (กรณีขอรับเงินสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาล)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นผู้มีสิทธิได้รับทุนสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิก และข้อความทั้งหมดที่ได้ให้ไว้ข้างต้นถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ พร้อมนี้ได้แนบหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาเพื่อประกอบการพิจารณาแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับทุน  
(.....)

เรียน ผู้จัดการ  ได้ตรวจสอบแล้ว..... เป็นสมาชิกตั้งแต่วันที่.....อายุการเป็นสมาชิก.....ปี.....เดือน..... มีสิทธิได้รับทุน จำนวน.....บาท (.....)  เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป..... ...../...../.....	อนุมัติจ่ายทุนสวัสดิการสงเคราะห์  ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการศึกษาพัฒนา ครั้งที่..... เมื่อวันที่.....  ผู้จัดการ สอ.กฟภ..... ...../...../.....
---	--

ได้รับเงินไว้ถูกต้องแล้ว เมื่อวันที่.....จำนวนเงิน..... (บาท)  
ตัวอักษร (.....)

.....ผู้จ่ายเงิน  
...../...../.....

.....ผู้รับเงิน  
...../...../.....

## หลักเกณฑ์การขอทุนสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิก กรณีสมาชิกประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย

\*\*\*\*\*

1. กรณีต้องรับการรักษาจากแพทย์ ในโรงพยาบาลที่มีใบอนุญาตตามกฎหมายเนื่องจากประสบอุบัติเหตุ และเป็นเหตุให้สูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียสายตา หรือสูญเสียนิ้วมือ หรือนิ้วเท้า หรือทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร ให้ได้รับเงินสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลตามที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 5,000 บาท
2. กรณีประสบอุบัติเหตุ และเป็นเหตุให้สูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียสายตา หรือสูญเสียนิ้วมือ หรือนิ้วเท้า หรือทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร ให้ได้รับเงินสงเคราะห์ชดเชย ดังนี้
  - 2.1 กรณีสูญเสียนิ้วมือ หรือนิ้วเท้าตั้งแต่ข้อนิ้วที่ 1 ลงไปให้ได้รับเงินสงเคราะห์นิ้วละ 2,000 บาท
  - 2.2 กรณีสูญเสียมือ ตั้งแต่ข้อมือ หรือเท้า ตั้งแต่ข้อเท้า หรือสายตาดังใดอย่างหนึ่ง ให้ได้รับเงินสงเคราะห์ข้างละ 20,000 บาท ทั้งนี้สูงสุดไม่เกิน 40,000 บาท
  - 2.3 กรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรจากอุบัติเหตุภายใน 180 วัน นับตั้งแต่วันที่ประสบอุบัติเหตุและการทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร นั้น แพทย์ได้มีหนังสือแสดงความเห็นให้เป็นผู้ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรให้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ 50,000 บาท
  - 2.4 สิทธิในการขอรับเงินอันเนื่องจากประสบอุบัติเหตุในคราวเดียวกันนั้น ให้มีสิทธิได้รับเงิน สงเคราะห์ สูงสุดเพียงข้อเดียว และเพียงครั้งเดียว เท่านั้น
3. กรณีเจ็บป่วย และเป็นเหตุให้ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร โดยแพทย์มีหนังสือแสดงความเห็นให้เป็นผู้ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร ให้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ 50,000 บาท
4. การขอทุนตามข้อ 1 , ข้อ 2 และ ข้อ 3 ต้องทำหนังสือแจ้งความจำนงเพื่อขอใช้สิทธิภายในกำหนด 180 วัน นับแต่วันที่มีสิทธิขอรับทุน หากพ้นกำหนดนี้แล้ว ให้ถือว่าสละสิทธิ

### หลักฐานประกอบการพิจารณา

1. ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล (กรณีขอทุนตามข้อ 1)
2. ใบรับรองแพทย์
3. สำเนาบัตรประจำตัว (ผู้ร้องขอ)
4. สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ร้องขอ)