



สหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จำกัด

แบบคำขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เลขทะเบียนสมาชิก.....สังกัด.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....มือถือ.....มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวนเงิน 5,000.00 บาท (ห้าพันบาทถ้วน) โดยได้รับการวินิจฉัยโรคเมื่อวันที่.....และเข้ารับการรักษายู่ที่โรงพยาบาล.....ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....จนถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้ส่งหลักฐานประกอบการพิจารณาขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ดังนี้

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
2. ใบรับรองแพทย์โดยยืนยันว่าเป็นโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
3. ผลการตรวจวินิจฉัยจากโรงพยาบาลว่าติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่กล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ในการขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของข้าพเจ้ามีความประสงค์

โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝาก สอมธ. เลขที่.....ชื่อบัญชี.....
ลงชื่อ.....

ผู้ขอรับสวัสดิการ

บันทึกเจ้าหน้าที่

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการมีอายุการเป็นสมาชิก.....ปี.....เดือนวันเข้าเป็นสมาชิก.....
เคย/ไม่เคย ขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
.....เจ้าหน้าที่
...../...../.....

เสนอ ผู้จัดการ

ได้ตรวจสอบคำขอเบิกและหลักฐานประกอบแล้ว ถูกต้อง
ตามประกาศฯ เห็นควรอนุมัติจ่ายเงินได้
จำนวนเงิน.....บาท(.....)
.....ผู้ช่วยผู้จัดการ
...../...../.....

อนุมัติเบิกจ่ายได้

.....ผู้จัดการ
...../...../.....

หมายเหตุ : 1. เป็นผู้ติดเชื้อและตรวจพบโรคตั้งแต่วันที่ 18 มีนาคม 2564 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2564

2. ยื่นความจำนงขอรับเงินสวัสดิการได้ตั้งแต่วันที่ 17 พฤษภาคม 2564 ถึงวันที่ 14 มกราคม 2565