



**ประกาศสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด**  
**เรื่อง สวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)**

ด้วย คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ชุดที่ 32 ในการประชุมครั้งที่ 2/2565 เมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2565 ได้มีมติให้จัดสรรเงิน “สวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)” เนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและกระจายไปทั่วประเทศเกือบทุกจังหวัด เพื่อเป็นการช่วยเหลือและบรรเทาความเดือดร้อนสำหรับสมาชิกผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยจ่ายเงินช่วยเหลือสมาชิกผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) คนละ 1,000.00 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน) โดยสมาชิกที่ได้รับการช่วยเหลือจะต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

**คุณสมบัติของสมาชิกผู้ได้รับเงินสวัสดิการ**

1. เป็นสมาชิกสามัญ/สมทบ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด
2. เป็นผู้ติดเชื้อและตรวจพบโรคตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึง 30 เมษายน 2565  
(ทางสหกรณ์ฯ ขอยกเลิกสวัสดิการช่วยเหลือฯ หากมีการประกาศเป็นโรคประจำถิ่น)
3. สมาชิกมีสิทธิขอรับสวัสดิการได้เพียงครั้งเดียว

**เอกสารประกอบการขอรับเงินสวัสดิการ**

1. แบบคำขอรับเงินสวัสดิการ
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
3. ใบรับรองแพทย์และใบแสดงผลการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

**กำหนดระยะเวลาการยื่นขอรับเงินสวัสดิการ**

ให้สมาชิกผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สามารถยื่นขอรับเงินช่วยเหลือได้ตั้งแต่วันที่นับเป็นต้นไป จนถึง 30 เมษายน 2565 ณ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด เวลา 08.30 - 16.30 น. เว้นวันหยุดราชการ

ประกาศ ณ วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2565

(นายอานันต์ ศิริ)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด



## แบบคำขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

### สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....

สังกัดหน่วยงาน.....อำเภอ.....จังหวัดน่าน

โทรศัพท์.....มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกผู้ติด

เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 1,000.00 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน) โดยเข้าสู่ระบบการรักษา

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... จนถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้ส่งหลักฐานประกอบการพิจารณาขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ดังนี้

1. แบบคำขอรับเงินสวัสดิการ
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
3. ใบรับรองแพทย์และใบแสดงผลการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นนี้เป็นจริงทุกประการ ในการรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของข้าพเจ้ามีความประสงค์

☐ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

เลขที่.....ชื่อบัญชี.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

คำรับรองของกรรมการ/ผู้แทนหน่วยงาน	สำหรับเจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ
ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้นแล้ว ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ	ตรวจสอบแล้ว <input type="checkbox"/> อายุการเป็นสมาชิก.....ปี.....เดือน <input type="checkbox"/> เอกสารหลักฐานครบถ้วนถูกต้อง
ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง.....	ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ (.....) วันที่.....

หมายเหตุ 1.เป็นผู้ติดเชื้อและตรวจพบโรคตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึง 30 เมษายน 2565

2.ยื่นความจำนงขอรับเงินสวัสดิการได้ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2565 ถึง 30 เมษายน 2565