



ประกาศสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด
เรื่อง สวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ด้วย คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ชุดที่ 31 ในการประชุมครั้งที่ 11/2564 เมื่อวันที่ 21 สิงหาคม 2564 ได้มีมติให้จัดสรรเงิน “สวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)” เนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและกระจายไปทั่วประเทศเกือบทุกจังหวัด เพื่อเป็นการช่วยเหลือและบรรเทาความเดือดร้อนสำหรับสมาชิกผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยจ่ายเงินช่วยเหลือสมาชิกผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) คนละ 2,000.00 บาท (สองพันบาทถ้วน) โดยสมาชิกที่ได้รับการช่วยเหลือจะต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

คุณสมบัติของสมาชิกผู้ได้รับเงินสวัสดิการ

1. เป็นสมาชิกสามัญ/สมทบ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด
2. เป็นผู้ติดเชื้อและตรวจพบโรคตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2564
3. สมาชิกมีสิทธิขอรับสวัสดิการได้เพียงครั้งเดียวตามกรอบระยะเวลาในข้อ 2

เอกสารประกอบการขอรับเงินสวัสดิการ

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

กำหนดระยะเวลาการยื่นขอรับเงินสวัสดิการ

ให้สมาชิกผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สามารถยื่นขอรับเงินช่วยเหลือได้ตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป จนถึง 31 ธันวาคม 2564 ณ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด เวลา 08.30 - 16.30 น. เว้นวันหยุดราชการ

ประกาศ ณ วันที่ 23 กันยายน พ.ศ. 2564

(นายอานันต์ ศิริ)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด



แบบคำขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....
สังกัดหน่วยงาน.....อำเภอ.....จังหวัดน่าน
โทรศัพท์.....มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกผู้ติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 2,000.00 บาท (สองพันบาทถ้วน) โดยได้รับการวินิจฉัยโรคเมื่อวันที่
.....และเข้ารับการรักษายู่ที่โรงพยาบาล.....
ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... จนถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้ส่งหลักฐานประกอบการพิจารณาขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ดังนี้

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นนี้เป็นจริงทุกประการ ในการรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของข้าพเจ้ามีความประสงค์

☐ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

เลขที่.....ชื่อบัญชี.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

คำรับรองของกรรมการ/ผู้แทนหน่วยงาน	สำหรับเจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ
ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้นแล้ว ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ	ตรวจสอบแล้ว
ลงชื่อ..... (.....)	☐ อายุการเป็นสมาชิก.....ปี.....เดือน
ตำแหน่ง.....	☐ เอกสารหลักฐานครบถ้วนถูกต้อง
	ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ (.....)
	วันที่.....

หมายเหตุ 1.เป็นผู้ติดเชื้อและตรวจพบโรคตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2564

2.ยื่นความจำนงขอรับเงินสวัสดิการได้ตั้งแต่วันที่ 23 กันยายน 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2564