



สหกรณ์ออมทรัพย์พนักงาน บริษัท ลำพูนชิงเดนเกิน จำกัด

Saving Cooperative Lumphun Shindengen Co., Ltd.

105 MOO4, BANKLANG, MUANG, LUMPHUN 51000 THAILAND. TEL. (053) 581406 FAX. (053) 581405

ที่ สอ-LSD. 2554/002

26 สิงหาคม 2554

ประกาศแจ้งจากสหกรณ์ออมทรัพย์พนักงาน บริษัท ลำพูนชิงเดนเกิน จำกัด

เรื่อง การกำหนดประเภทและเงื่อนไขการได้รับเงินทุนสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์
เรียน สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์พนักงาน บริษัทลำพูนชิงเดนเกิน จำกัด
อ้างถึง ข้อบังคับสหกรณ์ออมทรัพย์พนักงานบริษัท ลำพูน ชิงเดนเกิน จำกัด พ.ศ. 2549 หมวดที่ 2 วัตถุประสงค์ของสหกรณ์

คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์พนักงาน บริษัทลำพูนชิงเดนเกิน จำกัด ได้มีการประชุมในวันที่ 5 สิงหาคม 2554 เวลา 15.30 น.-17.00 น. ณ ห้องประชุม 02 ซึ่งมีมติให้กำหนดประเภทและเงื่อนไขการได้รับเงินทุนสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ เพื่อให้สอดคล้องและเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของสหกรณ์ในการส่งเสริมผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจและสังคมของบรรดาสมาชิก โดยวิธีช่วยเหลือตนเองและช่วยเหลือซึ่งกันและกันตามหลักสหกรณ์ในข้อ(14) ให้สวัสดิการและการสงเคราะห์ตามสมควรแก่สมาชิกและครอบครัว จึงได้กำหนดประเภทและเงื่อนไขการได้รับเงินทุนสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ ดังนี้

1. กรณีรับขวัญสมาชิกใหม่

เพื่อเป็นการแสดงความยินดีกรณีสมาชิกสหกรณ์มีบุตรกำเนิดใหม่ จึงได้กำหนดเงื่อนไขการได้รับเงินทุนสงเคราะห์ดังกล่าวดังนี้

- 1.1 มอบเงินรับขวัญสมาชิกใหม่เป็นเงินจำนวน 500 บาท ต่อการคลอดบุตร 1 คน
- 1.2 กรณีสามี – ภรรยา เป็นสมาชิกสหกรณ์ทั้งคู่ สามารถเลือกใช้สิทธิได้เพียงหนึ่งสิทธิเท่านั้น
โดย ณ วันที่คลอดบุตร พนักงานยังคงสภาพการเป็นสมาชิกสหกรณ์อยู่
- 1.3 สมาชิกที่จะขอรับสิทธิต้องนำหลักฐานการคลอดบุตร คือสำเนาสูติบัตรมายื่นให้กับเจ้าหน้าที่สหกรณ์เพื่อเป็นหลักฐานในการรับเงินสงเคราะห์ โดยจะต้องยื่นภายใน 30 วันหลังจากการคลอดบุตร หากพ้นกำหนดนี้ จะถือว่าพนักงานสละสิทธิไม่ขอรับเงินสงเคราะห์กรณีดังกล่าว
- 1.4 โดยสมาชิกที่จะขอรับสิทธิต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

2. กรณีสมาชิกหรือญาติของสมาชิกสหกรณ์เสียชีวิต

เพื่อเป็นการแสดงความเสียใจกรณีสมาชิกหรือญาติของสมาชิกสหกรณ์ เสียชีวิต จึงได้กำหนดเงื่อนไขการได้รับเงินทุนสงเคราะห์ดังกล่าวดังนี้

- 2.1 มอบเงินช่วยเหลืองานฌาปนกิจศพจำนวนท่านละ 500 บาท พร้อมมอบพวงหรีดราคา 300บาท เพื่อแสดงความเสียใจ



สหกรณ์ออมทรัพย์พนักงาน บริษัท ลำพูนชิงเดนเกิน จำกัด

Saving Cooperative Lumphun Shindengen Co., Ltd.

105 MOO4, BANKLANG, MUANG, LUMPHUN 51000 THAILAND. TEL. (053) 581406 FAX. (053) 581405

2.2 ญาติของสมาชิกสหกรณ์ ที่เข้าเงื่อนไขสามารถรับเงินสงเคราะห์ ได้แก่ สามี, ภรรยา, บิดา, มารดา, บุตร (อายุไม่เกิน 25 ปี) ของพนักงาน และรวมถึงบิดาบุญธรรม, มารดาบุญธรรมและบุตรบุญธรรม (อายุไม่เกิน 25 ปี) ที่ถูกต้องตามกฎหมายของพนักงาน หากพนักงานมีบิดา, มารดาบุญธรรมที่เสียชีวิต จะต้องมียุติบัตรในการรับรองเป็นบุตรบุญธรรมของพนักงานด้วย โดยที่พนักงานจะต้องเลือกใช้สิทธิการเบิกเพียงอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น (บิดา, มารดาบุญธรรม หรือ บิดา, มารดาผู้ให้กำเนิด)

2.3 สมาชิกที่จะขอรับสิทธิต้องนำหลักฐานการเสียชีวิตคือใบมรณบัตรมายื่นให้กับเจ้าหน้าที่สหกรณ์ ดังนี้

- 1) การยื่นเพื่อขอรับสิทธิเงินสงเคราะห์ช่วยเหลืองานฌาปนกิจศพจำนวน 500 บาท จะต้องยื่นเอกสารภายใน 30 วันหลังจากวันเสียชีวิต หากพ้นกำหนดนี้ถือว่าพนักงานสละสิทธิไม่ขอรับเงินสงเคราะห์กรณีดังกล่าว
- 2) การยื่นเพื่อขอรับสิทธิการมอบพวงหรีดราคา 300 บาท จะต้องยื่นใบมรณบัตรหรือหลักฐานการเสียชีวิตอื่น เช่น การติดเชื้อร่วมงานฌาปนกิจศพ ภายใน 7 วันหลังจากวันเสียชีวิต หากพ้นกำหนดนี้ถือว่าพนักงานสละสิทธิไม่ขอรับพวงหรีด โดยทางสหกรณ์จะมอบหมายให้ตัวแทนทำการมอบพวงหรีดแสดงความเสียใจต่อไป

2.4 โดยสมาชิกที่จะขอรับสิทธิต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

3. กรณีเยี่ยมไข้

เพื่อเป็นการแสดงความห่วงใยและเพื่อเป็นกำลังใจกรณีสมาชิกสหกรณ์เจ็บป่วยไม่สบายต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงได้กำหนดเงื่อนไขการได้รับเงินทุนสงเคราะห์ดังกล่าวดังนี้

3.1 แบ่งระดับความเจ็บป่วยที่ต้องเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของสมาชิก โดยแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

- 1) เจ็บป่วยระดับเล็กน้อย คือการเจ็บป่วยที่ต้องเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 - 3 คืน กรณีนี้ไม่เข้าเงื่อนไขที่การได้รับสิทธิเงินสงเคราะห์กรณีเยี่ยมไข้
- 2) เจ็บป่วยระดับปานกลาง คือการเจ็บป่วยที่ต้องเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ 4 - 6 คืน ทางสหกรณ์จะมอบเงินหรือของเยี่ยมไข้สมาชิก จำนวน 300 บาท
- 3) เจ็บป่วยระดับรุนแรง คือการเจ็บป่วยที่ต้องเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ 7 คืนขึ้นไป ทางสหกรณ์จะมอบเงินหรือของเยี่ยมไข้สมาชิก จำนวน 500 บาท

หมายเหตุ : การนับจำนวนวันในการนอนพักรักษาตัวการเจ็บป่วยในโรงพยาบาลในแต่ละโรคเพื่อกำหนดระดับความเจ็บป่วย ไม่จำเป็นต้องเป็นจำนวนวันที่ต่อเนื่อง



สหกรณ์ออมทรัพย์พนักงาน บริษัท ลำพูนชิงเดนเกิน จำกัด

Saving Cooperative Lumphun Shindengen Co., Ltd.

105 MOO4, BANKLANG, MUANG, LUMPHUN 51000 THAILAND. TEL. (053) 581406 FAX. (053) 581405

- 3.2 สมาชิกที่จะขอรับสิทธิ์ต้องนำหลักฐานใบรับรองแพทย์มายื่นให้กับเจ้าหน้าที่สหกรณ์ โดยกรณียื่นหลักฐานในช่วงที่กำลังนอนพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล ทางตัวแทนสหกรณ์ จะเดินทางไปเยี่ยมพร้อมมอบเงินสงเคราะห์กรณีดังกล่าว แต่หากยื่นหลักฐานมาภายหลังจากที่ออกจากโรงพยาบาลแล้วต้องยื่นภายใน 30 วันนับจากวันแรกที่ได้รับการรักษา หากพ้นกำหนดนี้จะถือว่าพนักงานสละสิทธิ์ไม่ขอรับเงินสงเคราะห์กรณีดังกล่าว
- 3.3 สมาชิกสหกรณ์ที่จะได้รับสิทธิเงินสงเคราะห์กรณีเยี่ยมไข้ ณ วันที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พนักงานจะต้องยังคงสภาพการเป็นสมาชิกสหกรณ์อยู่ และจะสามารถยื่นขอรับสิทธิ์เงินสงเคราะห์กรณีดังกล่าวนี้ได้ปีละไม่เกิน 1 ครั้งต่อในแต่ละระดับการเจ็บป่วย
- 3.4 โดยสมาชิกที่จะขอรับสิทธิ์ต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

โดยการยื่นขอรับสิทธิ์เงินสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ ฯ ทั้ง 3 กรณี กำหนดให้ยื่นโดยใช้แบบฟอร์ม "แบบฟอร์มยื่นขอรับเงินทุนสงเคราะห์ สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์พนักงาน บริษัท ลำพูนชิงเดนเกิน จำกัด" เพื่อยื่นต่อเจ้าหน้าที่สหกรณ์ ฯ ในการขอรับสิทธิ์

โดยให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2554 เป็นต้นไป

จึงแจ้งมาเพื่อประชาสัมพันธ์ให้ทราบโดยทั่วถึง




(นายอดิสรณ์ ศรีใจอินทร์)

ประธานคณะกรรมการสหกรณ์และผู้จัดการสหกรณ์

สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ

053-581406 ต่อ 1147



สหกรณ์ออมทรัพย์พนักงาน บริษัท ลำพูนชิงเดนเกิน จำกัด

Saving Cooperative Lumphun Shindengen Co., Ltd.

105 MOO4, BANKLANG, MUANG, LUMPHUN 51000 THAILAND. TEL. (053) 581406 FAX. (053) 581405

แบบฟอร์มยื่นขอรับเงินสงเคราะห์ สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์พนักงาน บริษัท ลำพูนชิงเดนเกิน จำกัด

- 1) ผู้แจ้งขอรับสิทธิ (ชื่อ - สกุล) _____ รหัส _____ ตำแหน่ง _____ แผนก _____
2) ยื่นขอรับสิทธิในฐานะ ☐ สมาชิกสหกรณ์ที่ได้รับสิทธิ ☐ ญาติของสมาชิกสหกรณ์ เกี่ยวข้องเป็น _____
3) สมาชิกสหกรณ์ฯ เลขทะเบียน _____ (ดูในเอกสารใบเสร็จรับเงิน)

ประเภทเงินสงเคราะห์ที่ขอรับสิทธิ

- ☐ เงินสงเคราะห์กรณีรับขวัญสมาชิกใหม่ 500 บาท
ชื่อบุตร(ด.ช / ด.ญ.) _____ วัน เดือน ปี ที่คลอดบุตร _____ สถานที่คลอด _____
ชื่อบิดา _____ ชื่อมารดา _____
ใช้สิทธิ์ขอรับเงินสงเคราะห์ในนาม ☐ บิดา ☐ มารดา

เอกสารที่ใช้ประกอบ

- ☐ สำเนาสูติบัตร 1 ชุด
☐ เอกสารอื่น ๆ _____ (วันที่รับเอกสาร.....)

- ☐ เงินสงเคราะห์กรณีสมาชิกหรือญาติสมาชิกสหกรณ์ฯ เสียชีวิต
เนื่องจาก (ชื่อ - สกุล ผู้ตาย) _____ วัน เดือน ปี ที่เสียชีวิต _____
ขอรับสิทธิในฐานะ ☐ สมาชิกสหกรณ์ ☐ ญาติของสมาชิกสหกรณ์ เกี่ยวข้องกับสมาชิกเป็น _____
ของสมาชิกสหกรณ์ฯ (ชื่อ - สกุล) _____ รหัส _____ ตำแหน่ง _____
แผนก _____ รหัสแผนก _____ เลขทะเบียนสมาชิกสหกรณ์ _____ (ดูในเอกสารใบเสร็จรับเงิน)

- ☐ ขอรับสิทธิการมอบพวงหรีดของสหกรณ์ฯ
☐ ขอรับสิทธิเงินสงเคราะห์ช่วยเหลืองานฌาปนกิจศพ จำนวน 500 บาท

เอกสารที่ใช้ประกอบ

- ☐ สำเนาใบมรณบัตร 1 ชุด
☐ เอกสารอื่น ๆ _____ (วันที่รับเอกสาร.....)

หมายเหตุ : กรณีเป็นญาติพนักงานเสียชีวิต ต้องเป็นญาติที่เข้าเงื่อนไขตามระเบียบข้อบังคับของสหกรณ์ฯ เท่านั้น

- ☐ เงินสงเคราะห์กรณีเยี่ยมใช้สมาชิก
ชื่อสมาชิกสหกรณ์ที่เจ็บป่วย (นาย / นาง / น.ส.) _____ ประเภทโรคการเจ็บป่วยที่เข้าพักรักษา _____
เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล _____ ตั้งแต่วันที่ _____ ถึงวันที่ _____ รวมนอนพักรักษาตัว _____ คืน
ระดับความเจ็บป่วยที่ขอรับสิทธิ
☐ ระดับเจ็บป่วยปานกลาง โดยเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ 4 - 6 คืน (จำนวนเงินสงเคราะห์ 300 บาท)
☐ ระดับเจ็บป่วยรุนแรง โดยเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ 7 คืนขึ้นไป (จำนวนเงินสงเคราะห์ 500 บาท)

เอกสารที่ใช้ประกอบ

- ☐ ใบรับรองแพทย์ (ที่ระบุการวินิจฉัยอาการเจ็บป่วยพร้อมระยะเวลาในการเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล)
☐ เอกสารอื่น ๆ _____
(วันที่รับเอกสาร.....)

ลงชื่อ _____ (_____) ผู้แจ้งขอใช้สิทธิเงินสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ฯ วัน เดือน ปี ที่แจ้ง _____	ตรวจสอบ _____ อนุมัติ _____ (_____) เจ้าหน้าที่สหกรณ์ _____ ประธานคณะกรรมการและผู้จัดการสหกรณ์ วันที่ _____/_____/_____ วันที่ _____/_____/_____
--	--