

1. ใบสมัครขอรับทุนการศึกษาสำหรับบุตรสมาชิก ประจำปี 2566
2. ผลการเรียนปี 2565 หรือกรณีเปลี่ยนสถานที่ศึกษา แนบหนังสือรับรองการศึกษา หรือใบเสร็จชำระค่าเล่าเรียนของสถานศึกษาแห่งใหม่ จำนวน 1 ฉบับ
3. สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ฉบับ
4. หนังสือรับรองบุตรบุญธรรม (กรณีที่มีบุตรบุญธรรม) 1 ฉบับ



ใบสมัครขอรับทุนการศึกษาสำหรับบุตรสมาชิก ประจำปี 2566
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำกัด
(รับสมัครตั้งแต่วันที่ 15 พฤษภาคม 2566 ถึงวันที่ 14 กรกฎาคม 2566)

.....
 เขียนที่.....
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ชื่อบุตรสมาชิกที่ขอรับทุน.....
 เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี.....เดือน..... ปัจจุบันเป็นนักเรียนชั้น.....
 โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

2. ชื่อสมาชิก(บิดา/มารดา).....เลขทะเบียนที่.....
 สังกัด.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

3. ข้าพเจ้าเข้าใจ และทราบวัตถุประสงค์ตามประกาศของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำกัด แล้วและมีความประสงค์สมัครขอรับทุนการศึกษานี้ และขอมปฏิบัติตามประกาศดังกล่าวทุกประการ

4. ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความทั้งหมด ที่ได้ให้ไว้ต่อสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ เป็นความจริงทุกประการ หากปรากฏว่าภายหลังว่าข้อความใดที่เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้คณะกรรมการดำเนินการ ดำเนินการตามความเหมาะสม

5. ข้าพเจ้ายอมรับการพิจารณาการจัดสรรทุนของคณะกรรมการทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร(บุตรสมาชิก)
 (.....)

ลงชื่อ.....บิดา/มารดา(สมาชิก)
 (.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา(ของสมาชิก)

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
สำนักงาน สสอ. / รพช. / รพพร./ศูนย์วิชาการ.....อำเภอ.....
จังหวัด.....

ขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

การตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ได้รับทุน

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบหลักฐาน การสมัครขอรับทุนการศึกษาแล้ว ปรากฏว่ามีหลักฐานและคุณสมบัติครบถ้วน ถูกต้องทุกประการ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์
(.....)
...../...../.....

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการดำเนินการ

คณะกรรมการดำเนินการได้พิจารณาทุนการศึกษา เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

() เห็นควรอนุมัติ จำนวนเงิน.....บาท

() ไม่ควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....กรรมการ

ลงชื่อ.....กรรมการ

ลงชื่อ.....กรรมการ

อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



ใบคำขอรับสวัสดิการสำหรับสมาชิกสหกรณ์ที่ไม่มีบุตร
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำกัด

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....เลขที่สมาชิก.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....อายุ.....ปี

มีความประสงค์ขอรับสวัสดิการสำหรับสมาชิกสหกรณ์ที่ไม่มีบุตร ดังนี้

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสำหรับสมาชิกสหกรณ์ที่ไม่มีบุตรเพียงครั้งเดียว และเมื่อข้าพเจ้าได้รับเงินตามสิทธิแล้ว จะไม่มีสิทธิได้รับทุนการศึกษาบุตรสมาชิก (ถ้ามีบุตรภายหลัง) อีกต่อไป

หากสหกรณ์จ่ายเงินสวัสดิการดังกล่าวให้แก่ข้าพเจ้าแล้ว ต่อมาภายหลังปรากฏ ว่าข้อความข้างต้นเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ สหกรณ์หักเงินได้ รายเดือนของข้าพเจ้าเพื่อชดใช้เงินทุน สวัสดิการที่ข้าพเจ้าได้รับไปจากสหกรณ์ พร้อมดอกเบี้ยร้อยละสิบห้าต่อปีนับจากวันที่ได้รับเงินสวัสดิการจนกว่าจะชำระแล้วเสร็จ

กรณีที่ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการฯ ข้าพเจ้ายินดีให้สหกรณ์โอนเงินดังกล่าวเข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้าที่ไว้กับสหกรณ์

สำหรับเจ้าหน้าที่	
ตรวจสอบแล้ว	
<input type="checkbox"/>	อายุการเป็นสมาชิก.....ปี
<input type="checkbox"/>	สมาชิกมีอายุ.....ปี
<input type="checkbox"/>	เอกสารหลักฐานครบถ้วนถูกต้อง
ลงชื่อ	ผู้ตรวจสอบ
(.....)	

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับสวัสดิการ
(.....)
...../...../.....

ขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ
ลงชื่อผู้บังคับบัญชา
(.....)
ตำแหน่ง.....
...../...../.....

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

**** เอกสารประกอบการขอรับสวัสดิการ ****

- | |
|--|
| 1. ใบคำขอรับสวัสดิการสำหรับสมาชิกสหกรณ์ที่ไม่มีบุตร
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรข้าราชการ |
|--|

หมายเหตุ : สมาชิกคนหนึ่ง ๆ มีสิทธิขอรับสวัสดิการฯนี้ได้เพียงครั้งเดียว จำนวน 5,000.- บาท (ห้าพันบาทถ้วน)
เมื่อสมาชิกมีอายุครบ 60 ปี (นับปีที่เกษียณ) และเป็นสมาชิกมาแล้วไม่น้อยกว่า 10 ปี