



ประกาศสหกรณ์ออมทรัพย์การสื่อสารแห่งประเทศไทย จำกัด  
เรื่อง โครงการช่วยเหลือค่าตรวจสุขภาพสมาชิกสูงอายุประจำปี 2561

เพื่อให้สมาชิกผู้สูงอายุ มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์การสื่อสารแห่งประเทศไทย จำกัด ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุ จึงขอตั้งงบประมาณและได้รับอนุมัติจากที่ประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2560 เมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2561 เห็นชอบอนุมัติงบประมาณ “ค่าช่วยเหลือตรวจสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุ” โดยกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายเงิน ดังต่อไปนี้

**คุณสมบัติของสมาชิก**

สมาชิกที่มีอายุตั้งแต่ 61 ปี ขึ้นไป (ผู้ที่เกิดก่อนวันที่ 1 มกราคม 2500)

**จำนวนเงินช่วยเหลือและระยะเวลาการจ่าย**

สอ.กสท. จะจ่ายเงินช่วยเหลือค่าตรวจสุขภาพสมาชิกสูงอายุให้สมาชิกรายละ 1,500.- บาท (หนึ่งพันห้าร้อยบาท) เพียง 1 ครั้ง โดยกำหนดวิธีการจ่ายเงินไว้ 2 วิธี คือ

1. จ่ายโดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย
2. จ่ายโดยโอนเข้าบัญชีเงินฝากสหกรณ์ออมทรัพย์

**การยื่นแบบขอรับเงินช่วยเหลือ**

สมาชิกสามารถยื่นแบบขอรับเงินช่วยเหลือค่าตรวจสุขภาพสมาชิกสูงอายุ ตามแบบของสหกรณ์ฯ พร้อมหลักฐานตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ 14 ธันวาคม 2561 หากพ้นระยะเวลาที่กำหนดถือว่าสละสิทธิ์

สอ.กสท. จะจัดส่งแบบขอรับเงินช่วยเหลือค่าตรวจสุขภาพสมาชิกสูงอายุ เฉพาะสมาชิกผู้มีสิทธิ์รับเงินในปี 2561 ทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ปรากฏในฐานข้อมูลของสมาชิกที่ให้ไว้กับสหกรณ์ฯ

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 22 พฤษภาคม 2561

(นายพายัพ ไตรยวงศ์)

ประธานกรรมการดำเนินการ

สหกรณ์ออมทรัพย์การสื่อสารแห่งประเทศไทย จำกัด



แบบขอรับเงินช่วยเหลือค่าตรวจสุขภาพสมาชิกสูงอายุ  
สหกรณ์ออมทรัพย์การสื่อสารแห่งประเทศไทย จำกัด (สอ.กสท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกเลขที่.....  
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....  
หมู่ที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร. ....

มีความประสงค์ขอรับค่าช่วยเหลือค่าตรวจสุขภาพ ประจำปี 2561 จำนวนเงิน 1,500 บาท ดังนี้

- โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากสหกรณ์ฯ บัญชีเลขที่.....
- โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) สาขา.....  
เลขที่บัญชี.....

หลักฐานที่ใช้ประกอบเอกสาร ดังนี้

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 1 ฉบับ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
2. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากหน้าที่มีชื่อ - สกุล และเลขที่บัญชีเงินฝากของผู้ขอรับเงิน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

.....  
(.....)

สมาชิกผู้ขอรับเงิน

หมายเหตุ - แบบขอรับเงินใช้ยื่นขอรับเงินตามงบประมาณที่ได้รับในแต่ละปี หากพ้นระยะเวลาที่กำหนดถือว่าสละสิทธิ์  
แผนกสวัสดิการสมาชิก โทรศัพท์ 0 2104 4344 ต่อ 1141- 1142 มือถือ 063 204 6019