



ประกาศสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด
เรื่อง การช่วยเหลือสมาชิกผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อาศัยอำนาจตามความในข้อ 4 (4) (8) และข้อ 5(1) ของระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด ว่าด้วยการใช้ทุนสาธารณประโยชน์ พ.ศ.2543 และแก้ไขเพิ่มเติมครั้งที่ 1 พ.ศ.2546 ที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่ 33 คราวประชุมครั้งที่ 50/2564 เมื่อวันที่ 9 ธันวาคม 2564 มีมติเป็นเอกฉันท์ให้ออกประกาศเรื่อง การช่วยเหลือสมาชิกผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขดังต่อไปนี้

1. ผู้มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือสมาชิกผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้แก่ สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด (สมาชิกสามัญ) เท่านั้น ไม่รวมสมาชิกสมทบ

2. สหกรณ์จะจ่ายเงินช่วยเหลือให้แก่สมาชิกที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และมีใบรับรองแพทย์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2564 โดยให้ได้รับเงินช่วยเหลือในอัตรา 5,000 บาท (ห้าพันบาทถ้วน) ต่อคน ทั้งนี้ สมาชิกมีสิทธิขอรับเงินช่วยเหลือนี้ได้เพียงครั้งเดียวเท่านั้น ตลอดอายุการเป็นสมาชิก

3. สหกรณ์จะจ่ายเงินช่วยเหลือนี้ให้แก่สมาชิกผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และมีใบรับรองแพทย์ โดยการโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากสหกรณ์ ธนาคารกรุงไทย หรือมอบเป็นเงินสดให้แก่สมาชิกโดยตรงก็ได้

4. เอกสารหลักฐานประกอบการขอรับเงินช่วยเหลือ

4.1 แบบขอรับเงินช่วยเหลือตามแบบที่สหกรณ์กำหนด โดยสามารถดาวน์โหลดได้ที่

www.kphcoop.com

4.2 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของสมาชิก

4.3 เอกสารหลักฐานใบรับรองแพทย์หรือผลการตรวจวินิจฉัยจากโรงพยาบาลว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

4.4 สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากสหกรณ์ หรือธนาคารกรุงไทยชื่อบัญชีสมาชิกที่ให้สหกรณ์โอนเข้าบัญชี

5. วิธีปฏิบัติเพื่อขอรับเงินช่วยเหลือ

5.1 ให้สมาชิกหรือทายาทของสมาชิกเสนอขอรับเงินช่วยเหลือเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบการขอรับเงินช่วยเหลือ

5.2 ให้กรรมการประจำเขตเป็นผู้ตรวจสอบและลงลายมือชื่อรับรอง

6. สมาชิกผู้มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือ ยื่นคำขอตามแบบที่สหกรณ์กำหนดพร้อมแนบเอกสารหลักฐานใบรับรองแพทย์หรือผลการตรวจวินิจฉัยจากโรงพยาบาลว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

/ 7. หากผู้ขอรับการช่วยเหลือ.....

7. หากผู้ขอรับการช่วยเหลือให้ข้อมูลหรือหลักฐานในการยื่นขอรับเงินช่วยเหลืออันเป็นเท็จหรือขาดคุณสมบัติจะไม่ได้รับการพิจารณา ในกรณีได้รับเงินช่วยเหลือไปแล้วต้องถูกเรียกเงินคืน และรายงานผู้บังคับบัญชาเพื่อพิจารณาตามสมควร

8. ให้ผู้จัดการเป็นผู้มีอำนาจในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือนี้ แล้วเสนอคณะกรรมการดำเนินการเพื่อทราบต่อไป

9. ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานให้คณะกรรมการดำเนินการเป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาดและถือว่าเป็นที่สิ้นสุด

ประกาศ ณ วันที่ 13 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564



(ดร.กมล ศรีล้อม)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด
แบบคำขอรับเงินช่วยเหลือสมาชิกผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ข้าพเจ้า.....เลขทะเบียนสมาชิก.....สังกัด.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน..... มือถือ..... มีความประสงค์ขอรับเงินช่วยเหลือ
สมาชิกผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวนเงิน 5,000.00 บาท(ห้าพันบาทถ้วน) โดยได้รับการ
วินิจฉัยโรคเมื่อวันที่.....และเข้ารับการรักษาอยู่ที่โรงพยาบาล.....
ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... จนถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้ส่งหลักฐานประกอบการพิจารณาเพื่อขอรับเงินช่วยเหลือสมาชิกผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ดังนี้

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
2. ใบรับรองแพทย์โดยยืนยันว่าเป็นโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
3. ผลการตรวจวินิจฉัยจากโรงพยาบาลว่าติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่กล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ในการขอรับเงินช่วยเหลือสมาชิก
ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ข้าพเจ้ามีความประสงค์

- โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝาก สอ.สธ.ขก เลขที่..... ชื่อบัญชี.....
 โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝาก ธนาคาร..... เลขที่บัญชี..... ชื่อบัญชี.....
 ขอรับเงินสดโดยตรงจากสหกรณ์

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินช่วยเหลือ
(.....)

บันทึกเจ้าหน้าที่

ผู้ขอรับเงินช่วยเหลือมีอายุการเป็นสมาชิก.....ปี.....เดือน วันเข้าเป็นสมาชิก.....
 เคย ไม่เคย ขอรับเงินช่วยเหลือสมาชิกผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่
(.....)
...../...../.....

<p>เสนอ ผู้จัดการ ได้ตรวจสอบคำขอเบิกและหลักฐานประกอบแล้ว ถูกต้องตามประกาศฯ เห็นควรอนุมัติจ่ายเงินได้ จำนวนเงิน.....บาท(.....) (ลงชื่อ).....รองผู้จัดการ/...../.....</p>	<p>อนุมัติเบิกจ่ายได้ (ลงชื่อ).....ผู้จัดการ/...../.....</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

หมายเหตุ : 1. เป็นผู้ติดเชื้อและตรวจพบโรคตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2564
2. ยื่นความจำนงขอรับเงินช่วยเหลือได้ตั้งแต่วันที่ 15 ธันวาคม 2564 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2564