



ใบคำขอรับเงินช่วยเหลือสมาชิกผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

สภามหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา จำกัด ปี 2564

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

สมาชิกประเภท สามัญ สมทบ สังกัดโรงเรียน

หน่วยบริการโทรศัพท์มือถือ.....

มีความประสงค์ขอรับการช่วยเหลือผู้ประสบภัยสาธารณภัย กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ตามมติที่ประชุม คณะกรรมการดำเนินการนัดพิเศษ ชุดที่ 48/2/2564 ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 19 เมษายน 2564

ได้รับการวินิจฉัยโรค (ผู้ป่วยยืนยัน COVID-19) เมื่อวันที่.....

กรณีเป็นผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 (รักษาในสถานพยาบาล ไม่เกิน 14 วัน รับเงินช่วยเหลือ 3,000 บาท)

กรณีเป็นผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 (รักษาในสถานพยาบาล เกิน 15 วัน รับเงินช่วยเหลือ 5,000 บาท)

กรณีถึงแก่กรรมด้วยการติดเชื้อ COVID-19 (ได้รับเงินสงเคราะห์ 50,000 บาท) ทายาทเป็นผู้ดำเนินการขอรับเงินช่วยเหลือ

ขอส่งเอกสารหลักฐานประกอบการพิจารณาช่วยเหลือดังนี้

กรณีเป็นผู้ป่วยยืนยัน COVID-19

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ จำนวน 1 ชุด
2. ใบรับรองแพทย์* (ตัวจริง) จำนวน 1 ชุด

(ใบรับรองแพทย์ หรือ ผลการตรวจวินิจฉัยจากโรงพยาบาลว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19))*

กรณีถึงแก่กรรมด้วยการติดเชื้อ COVID-19

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ จำนวน 1 ชุด
2. สำเนาใบมรณะบัตร จำนวน 1 ชุด
3. สำเนาทะเบียนบ้าน(ประทับตราเสียชีวิต) จำนวน 1 ชุด
4. ใบรับรองแพทย์* (ตัวจริง) จำนวน 1 ชุด
5. บัตรประชาชน (ทายาท) จำนวน 1 ชุด
6. สำเนาทะเบียนบ้าน (ทายาท) จำนวน 1 ชุด
7. สำเนาหน้าสมุดเลขบัญชีเงินฝาก (ทายาท) จำนวน 1 ชุด

กรณีที่ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการฯ ข้าพเจ้ายินดีให้สหกรณ์ฯ โอนเงินดังกล่าวเข้าบัญชีออมทรัพย์สหกรณ์/บัญชีออมทรัพย์ ATM ของข้าพเจ้าที่เปิดไว้กับสหกรณ์ฯ

ลงชื่อผู้ขอรับสวัสดิการ

()

วันที่ขอรับสวัสดิการ.....

หมายเหตุ : สมาชิกคนหนึ่ง ๆ จะมีสิทธิขอรับการช่วยเหลือนี้ได้เพียงครั้งเดียว โดยยื่นขอรับการช่วยเหลือภายใน 120 วัน นับแต่วันที่ได้รับผลการวินิจฉัยจากโรงพยาบาล