



ประกาศสหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจแพร่ จำกัด
เรื่อง โครงการบรรเทาความเดือดร้อนเมื่อต้องนอนโรงพยาบาล

.....

ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการชุดที่ 47 ครั้งที่ 9/2566 เมื่อวันที่ 16 มิถุนายน 2566 ได้อนุมัติ “โครงการบรรเทาความเดือดร้อนเมื่อต้องนอนโรงพยาบาล” เพื่อช่วยเหลือสมาชิกสหกรณ์เมื่อต้องเจ็บป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รายละเอียดดังนี้

1. กำหนดเงื่อนไขและการยื่นคำร้อง

- 1.1 ยื่นคำร้องขอรับการช่วยเหลือมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566
- 1.2 ยื่นคำร้องต่อเจ้าหน้าที่สหกรณ์ ณ สำนักงานสหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจแพร่ จำกัด

2. วิธีดำเนินการ

2.1 เมื่อแพทย์สั่งให้ต้องนอนโรงพยาบาล ให้ยื่นคำร้องขอรับการช่วยเหลือกับเจ้าหน้าที่สหกรณ์ ณ สำนักงานสหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจแพร่ จำกัด

2.2 ยื่นคำร้องขอรับการช่วยเหลือภายในไม่เกิน 60 วัน นับตั้งแต่วันที่ออกจากโรงพยาบาล

3. คุณสมบัติของสมาชิกผู้ขอรับการช่วยเหลือ

เป็นสมาชิกสามัญ ทั้งข้าราชการตำรวจที่ยังรับราชการและข้าราชการตำรวจบำนาญ

4. การให้ความช่วยเหลือ

4.1 เมื่อแพทย์สั่งให้ต้องนอนโรงพยาบาลได้รับความช่วยเหลือคืนละ 500.- บาท

4.2 รวมทั้งสิ้นในรอบปีบัญชีสหกรณ์ต้องไม่เกินจำนวน 10,000.- บาทต่อราย

5. เอกสารประกอบการขอรับการช่วยเหลือ

5.1 คำร้องขอรับการช่วยเหลือตามแบบของสหกรณ์กำหนด

5.2 ใบรับรองแพทย์

5.3 เลขบัญชีธนาคารกรุงไทย

5.4 หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจ)

6. ติดต่อขอทราบรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ สหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจแพร่ จำกัด หมายเลขโทรศัพท์ 0 5453 2583

ประกาศ ณ วันที่ 27 มิถุนายน 2566

พลตำรวจตรี

(ชาคริต สวัสดิ์)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจแพร่ จำกัด



แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือตาม
“โครงการบรรเทาความเดือดร้อนเมื่อต้องนอนโรงพยาบาล”
สหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจแพร์ จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณะอนุกรรมการพิจารณาให้ความช่วยเหลือสมาชิก ตาม “โครงการบรรเทาความเดือดร้อนเมื่อต้องนอนโรงพยาบาล”

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เลขทะเบียนสมาชิก.....
ที่ทำงานสังกัด.....ตำแหน่ง.....
โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ขอรับเงินช่วยเหลือตาม “โครงการบรรเทาความเดือดร้อนเมื่อต้องนอนโรงพยาบาล” ในอัตราวันละ 500.- บาท แต่รวมทั้งสิ้นในรอบปีบัญชีสหกรณ์ต้องไม่เกินจำนวน 10,000.- บาทต่อราย โดยข้าพเจ้าได้เข้ารับการ รักษาตัวในโรงพยาบาล.....จังหวัด.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....
เป็นระยะเวลา.....วัน รวมเป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

ในรอบปีบัญชี.....ข้าพเจ้าได้ขอรับเงินช่วยเหลือตาม “โครงการบรรเทาความเดือดร้อนเมื่อต้องนอนโรงพยาบาล” ไปแล้วจำนวน.....บาท (.....)

ข้าพเจ้าได้ทราบหลักเกณฑ์ตามประกาศสหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจแพร์ จำกัด เรื่อง โครงการบรรเทาความเดือดร้อนเมื่อต้องนอนโรงพยาบาล เป็นอย่างดีแล้วยินดีปฏิบัติตามทุกประการ

พร้อมนี้ได้แนบหลักฐานประกอบการขอรับเงินช่วยเหลือ คือ

- | | |
|--|----------------|
| 1. แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือ | จำนวน.....ฉบับ |
| 2. ใบรับรองแพทย์ | จำนวน.....ฉบับ |
| 3. สำเนาบัตรประจำตัวของสมาชิกผู้ขอรับเงินช่วยเหลือ | จำนวน.....ฉบับ |
| 4. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจ) | จำนวน.....ฉบับ |
| 5. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย | จำนวน.....ฉบับ |

(ลงชื่อ).....

(.....)

สมาชิกผู้แสดงความจำนงขอรับเงินช่วยเหลือ

หมายเหตุ : หลักฐานที่นำมาประกอบการพิจารณาขอรับเงินช่วยเหลือให้รับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ และหากตรวจสอบพบว่าไม่ถูกต้องจะถูกตัดสิทธิ์การขอรับเงินช่วยเหลือ

หนังสือแสดงความยินยอม (Consent Form)

ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

“ให้” ความยินยอม

“ไม่ให้” ความยินยอม

แก่สหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจแพร่ จำกัด (“สหกรณ์ฯ”) ในการ เก็บรวบรวม / ใช้ / เปิดเผยเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ได้แก่ ข้อมูลสุขภาพ และหรือ ใบรับรองแพทย์ รวมไปถึงภาพถ่ายบนสำเนาเอกสารต่าง ๆ เพื่อขอรับเงินช่วยเหลือ ตาม “โครงการบรรเทาความเดือดร้อนเมื่อต้องนอนโรงพยาบาล

ทั้งนี้ ก่อนการแสดงเจตนา ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดเกี่ยวกับหนังสือนี้ และได้รับคำอธิบายจากสหกรณ์ฯ ถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย (“ประมวลผล”) ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า และมีความเข้าใจดีแล้ว

ข้าพเจ้าให้ความยินยอมในเอกสารนี้ด้วยความสมัครใจ ปราศจากการบังคับหรือชักจูง และสหกรณ์ฯ ได้แจ้งให้ข้าพเจ้าทราบแล้วว่าข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอมนี้เสียเมื่อใดก็ได้ เว้นแต่ในกรณีมีข้อจำกัดสิทธิตามกฎหมาย หรือยังมีสัญญาาระหว่างข้าพเจ้ากับสหกรณ์ฯ ที่ให้ประโยชน์แก่ข้าพเจ้าอยู่

กรณีที่ข้าพเจ้าประสงค์จะขอถอนความยินยอม ข้าพเจ้าทราบว่า การถอนความยินยอมจะมีผลทำให้อาจได้รับความสะดวกในการใช้บริการน้อยลง และข้าพเจ้าทราบว่า การถอนความยินยอมดังกล่าว ไม่มีผลกระทบต่อประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้วก่อนการถอนความยินยอม

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำยินยอม
(.....)