



ประกาศสหกรณ์ออมทรัพย์วังเดิม จำกัด  
เรื่อง โครงการช่วยเหลือสมาชิกที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-๑๙

เพื่อเป็นการช่วยเหลือสมาชิกที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-๑๙ ที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์วังเดิม จำกัด ครั้งที่ ๑/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๖๔ ได้มีมติอนุมัติให้บริจาคเงินจากยอดทุนสาธารณประโยชน์เป็นเงินจำนวน ๒๐๐,๐๐๐ บาท (สองแสนบาทถ้วน) ให้กับสมาชิกที่แจ้งความจำนงขอรับการช่วยเหลือโดยต้องผ่านเกณฑ์การพิจารณาของสหกรณ์ออมทรัพย์วังเดิม จำกัด ดังนี้

๑. โครงการบริจาคเงินจากยอดทุนสาธารณประโยชน์นี้ เรียกว่า “โครงการช่วยเหลือสมาชิกที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-๑๙” มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือสมาชิกที่ได้รับความเดือดร้อนจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ รายละ ๑,๐๐๐ บาท รวม ๒๐๐ ราย โดยมีเงื่อนไขในการขอรับเงินช่วยเหลือ ซึ่งสมาชิกสามารถยื่นเรื่องพร้อมเอกสารได้ที่สหกรณ์ฯ นับจากวันประกาศจนกว่าเงินช่วยเหลือจะหมด

๒. เงื่อนไขการขอรับเงิน สำหรับสมาชิกที่มีคู่สมรส ที่ถูกเลิกจ้าง หรือ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติได้ และมีบุตรที่ยังไม่มีรายได้ และยังไม่บรรลุนิติภาวะอยู่ในการอุปการะ

๓. เอกสารประกอบ มีดังนี้

- ๓.๑ แบบฟอร์มขอรับการช่วยเหลือในโครงการช่วยเหลือสมาชิกที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-๑๙
- ๓.๒ สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของสมาชิก
- ๓.๓ สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิก
- ๓.๔ สำเนาหมายเลขที่บัญชีธนาคาร ทหารไทย จำกัด (มหาชน) สาขาใดก็ได้ของสมาชิก
- ๓.๕ สำเนาใบสำคัญการสมรส
- ๓.๖ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคู่สมรส
- ๓.๗ สำเนาทะเบียนบ้านของคู่สมรส
- ๓.๘ สำเนาใบสูติบัตรของบุตร และ/หรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของบุตรที่ยังไม่

บรรลุนิติภาวะ

๓.๙ หนังสือเลิกจ้างจากบริษัท และ/หรือหนังสือรับรองจากส่วนราชการของคู่สมรสว่าเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๔

พลเรือเอก

(ธีรกุล กาญจนะ)

ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์วังเดิม จำกัด

## แบบฟอร์มขอรับเงิน โครงการช่วยเหลือสมาชิกที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-19

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....  
สังกัด.....ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....  
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....  
จังหวัด.....โทร.ที่ทำงาน.....โทร.(มือถือ).....  
คู่สมรสชื่อ.....มีบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะจำนวน.....คน  
มีความประสงค์จะขอรับเงินจากโครงการช่วยเหลือสมาชิกที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-19 จำนวน 1,000 บาท  
จากยอดทุนสาธารณประโยชน์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาจ่ายเงินดังกล่าวให้แก่ข้าพเจ้าต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....  
(.....)

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการ สอ.วด.

ฝ่ายจัดการ สอ.วด.ได้ตรวจสอบหลักฐานแล้วถูกต้อง  
จึงขอได้โปรดพิจารณาสั่งจ่ายเงินในโครงการช่วยเหลือสมาชิก  
ที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-19 จำนวน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน) - อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

น.อ.หญิง

พล.ร.อ.

ผู้จัดการ สอ.วด.

ประธานกรรมการดำเนินการ สอ.วด.

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

### เอกสารประกอบ มีดังนี้

1. แบบฟอร์มขอรับการช่วยเหลือในโครงการช่วยเหลือสมาชิกที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-๑๙
2. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของสมาชิก
3. สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิก
4. สำเนาหน้าเลขที่บัญชีธนาคาร ทหารไทย จำกัด (มหาชน) สาขาใดก็ได้ของสมาชิก
5. สำเนาใบสำคัญการสมรส
6. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคู่สมรส
7. สำเนาทะเบียนบ้านของคู่สมรส
8. สำเนาใบสูติบัตรของบุตร และ/หรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ
9. หนังสือเลิกจ้างจากบริษัท และ/หรือหนังสือรับรองจากส่วนราชการของคู่สมรสว่าเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้

หมายเหตุ : สำเนาเอกสารทุกฉบับ ผู้ขอรับเงิน ต้องรับรองสำเนาถูกต้องด้วยตนเอง