

เอกสารประกอบ

- สำเนาบัตรประชาชน (สมาชิก/ผู้รับเงินสงเคราะห์)
- สำเนาทะเบียนบ้าน (สมาชิก/ผู้รับเงินสงเคราะห์)
- สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ - สกุล (สมาชิก/ผู้รับเงินสงเคราะห์)



หนังสือแจ้งขอเปลี่ยนแปลงเพิ่มหรือลดจำนวนผู้รับเงินสงเคราะห์
กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กคส.)

เขียนที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน คณะกรรมการกองทุนภาคีเครือข่ายฯ (กคส.)

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) เลขทะเบียนสมาชิก

เป็นสมาชิกของกองทุนภาคีเครือข่ายโดยมีสมาชิกภาพสมบูรณ์เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด เบอร์มือถือ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอให้กองทุนภาคีเครือข่ายฯ (กคส.) ดำเนินการ

1. ขอเปลี่ยนแปลง ผู้รับเงินสงเคราะห์จากเดิม ดังนี้
 - 1.1 จากเดิม เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ สัดส่วน.....%
 - 1.2 จากเดิม เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ สัดส่วน.....%
 - 1.3 จากเดิม เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ สัดส่วน.....%
 - 1.4 จากเดิม เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ สัดส่วน.....%
2. ขอลด / ยกเลิก ผู้รับเงินสงเคราะห์ ดังนี้
 - 2.1 2.2
 - 2.3 2.4
3. ขอเพิ่มจำนวนผู้รับเงินสงเคราะห์ จำนวน ราย ดังนี้
 - 3.1 เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ สัดส่วน
 - 3.2 เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ สัดส่วน
 - 3.3 เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ สัดส่วน
4. สรุปรวมผู้รับเงินสงเคราะห์จากเดิมจำนวน ราย เป็นจำนวน ราย ดังนี้
 - 4.1..... เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ สัดส่วน
 - 4.2..... เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ สัดส่วน
 - 4.3..... เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ สัดส่วน
 - 4.4..... เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ สัดส่วน
 - 4.5..... เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ สัดส่วน

โดยมีเงื่อนไข ดังนี้

- ให้ได้รับเต็มจำนวนแต่เพียงผู้เดียว
- ให้ได้ส่วนแบ่งเท่า ๆ กัน
- อื่น ๆ

หากมีเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าเหลืออยู่ที่ให้มอบแก่ผู้มีสิทธิดังกล่าวข้างต้น ถ้าคนใดเสียชีวิต ไปก่อนข้าพเจ้าผู้นั้นเป็นอันหมดสิทธิ ได้รับเงินดังกล่าว

(ลงชื่อ)