



เริ่มแล้ว



สอ.กสท.ใส่ใจผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพดี ทั้งร่างกายและจิตใจ โครงการช่วยเหลือคัดตรวจสุขภาพสมาชิกสูงอายุ ประจำปี 2560

ยื่นแบบคำร้องขอรับเงินได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปตั้ง 31 สิงหาคม 2560

เริ่มจ่าย 15 มิถุนายน 2560 สิ้นสุดการจ่าย 31 ตุลาคม 2560

จ่ายเพียงครั้งเดียวโดยการเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทยและบัญชีสหกรณ์ออมทรัพย์





ประกาศสหกรณ์ออมทรัพย์การสื่อสารแห่งประเทศไทย จำกัด
เรื่อง โครงการช่วยเหลือค่าตรวจสุขภาพสมาชิกสูงอายุ

เพื่อให้สมาชิกสูงอายุ มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ คณะกรรมการดำเนินการตระหนักถึงความสำคัญของสมาชิกสูงอายุ จึงขอตั้งงบประมาณจากที่ประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2559 เมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2560 และได้รับอนุมัติจากที่ประชุมวิสามัญ ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 22 เมษายน 2560 เห็นชอบอนุมัติงบประมาณหมวดที่ 4 ประเภท 15 “ค่าช่วยเหลือตรวจสุขภาพสมาชิกสูงอายุ” เพื่อจัดสรรเป็นสวัสดิการแก่สมาชิกสูงอายุ โดยกำหนดวิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าตรวจสุขภาพสมาชิกสูงอายุ ดังนี้

คุณสมบัติและเงื่อนไข

สมาชิกต้องมีอายุตั้งแต่ 61 ปีบริบูรณ์ (ผู้ที่เกิดก่อนวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2499)

จำนวนเงินช่วยเหลือและระยะเวลาการจ่าย

สอ.กสท.จะจ่ายเงินช่วยเหลือค่าตรวจสุขภาพสมาชิกสูงอายุ รายละ 1,500 บาท (หนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน) เพียง 1 ครั้ง โดยกำหนดวิธีการจ่ายเงินไว้ 2 วิธี คือ

- 1 จ่ายโดยโอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย
- 2 จ่ายโดยโอนเข้าบัญชีสหกรณ์ออมทรัพย์

การยื่นแบบขอรับเงิน

สอ.กสท.จะจัดส่งแบบขอรับเงินช่วยเหลือค่าตรวจสุขภาพให้สมาชิกทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ที่ปรากฏในฐานข้อมูลที่ให้ไว้กับ สอ.กสท. (สอ.กสท. แจ้งเฉพาะผู้ที่มีสิทธิรับเงินช่วยเหลือค่าตรวจสุขภาพสมาชิกสูงอายุปี 2560 เท่านั้น)

☞ “ให้ยื่นแบบขอรับเงินได้ตั้งแต่วันที่ 31 สิงหาคม 2560”

☞ เริ่มจ่ายตั้งแต่ 15 มิถุนายน 2560 จนถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2560

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2560

(นายแพทย์ ไตรยวงศ์)

ประธานกรรมการดำเนินการ

สหกรณ์ออมทรัพย์การสื่อสารแห่งประเทศไทย จำกัด



แบบขอรับเงินช่วยเหลือค่าตรวจสุขภาพสมาชิกสูงอายุ
สหกรณ์ออมทรัพย์การสื่อสารแห่งประเทศไทย จำกัด (สอ.กสท.)

THE COMMUNICATIONS AUTHORITY OF THAILAND SAVING CO-COPERATIVE LTD.

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการ

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส.สมาชิกเลขที่.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือค่าตรวจสุขภาพสมาชิกสูงอายุประจำปี 2560
จำนวนเงิน **1,500** บาท (หนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน) โดยโอนเงินเข้าบัญชี ดังนี้

- บัญชีเงินฝากสหกรณ์ฯ บัญชีเลขที่.....
 ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) สาขา.....เลขที่บัญชี.....

หลักฐานที่ใช้ประกอบเอกสาร ดังนี้

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 1 ฉบับ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
 2. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากหน้าที่มีชื่อ - สกุล และเลขที่บัญชีเงินฝากของผู้ขอรับเงิน
- จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

.....
(.....)
ผู้ขอรับเงิน

หมายเหตุ - แบบคำขอรับเงินใช้ยื่นขอรับเงินตามงบประมาณที่ได้รับในแต่ละปี

แผนกสวัสดิการสมาชิก โทรศัพท์ 0 2104 4344 ต่อ 1141- 1142 มีอถือ 063 204 6019