



ประกาศสหกรณ์ออมทรัพย์การสื่อสารแห่งประเทศไทย จำกัด
เรื่อง การจ่ายเงินค่าช่วยเหลือตรวจสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุประจำปี 2564

ตามที่ประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2563 เมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2564 มีมติอนุมัติงบประมาณ “ค่าช่วยเหลือตรวจสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุ” เพื่อเป็นสวัสดิการให้แก่สมาชิกผู้สูงอายุ นั้น

คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์การสื่อสารแห่งประเทศไทย จำกัด จึงมีมติในการประชุม ครั้งที่ 10/2564 เมื่อวันที่ 9 เมษายน 2564 เห็นชอบกำหนดเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าช่วยเหลือตรวจสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุ ประจำปี 2564 ดังนี้

1. คุณสมบัติและจำนวนเงินช่วยเหลือ

1.1 ต้องเป็นสมาชิกที่มีอายุตั้งแต่ 61 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป (เป็นผู้ที่เกิดก่อนวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2503)

1.2 สหกรณ์ฯ จะจ่ายเงินให้สมาชิก รายละ 1,500 บาท

2. สมาชิกรับเงินค่าช่วยเหลือตรวจสุขภาพประจำปี 2564 ได้ 2 ช่องทาง คือ

2.1 โอนเงินผ่านบัญชีเงินฝากสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ ได้แก่ ประเภทออมทรัพย์ (010), ออมทรัพย์พิเศษ (011) และเงินฝากประจำ (021,024)

2.2 โอนเงินผ่านบัญชีเงินฝากประเภทออมทรัพย์ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน)

กรณีสมาชิกไม่มีบัญชีเงินฝาก ตามข้อ 2.1 และ 2.2 โปรดดำเนินการเปิดบัญชีเพื่อรองรับเงินค่าช่วยเหลือตรวจสุขภาพฯ ต่อไปด้วย ทั้งนี้ หากสมาชิกไม่ดำเนินการแจ้งเลขที่บัญชีให้ทราบ สหกรณ์ฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาจ่ายเงินให้ดังกล่าว และรอการติดต่อจากสมาชิกเพื่อดำเนินการต่อไป

3. การขอรับเงินค่าช่วยเหลือตรวจสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุ และกำหนดการจ่ายเงิน

3.1 สมาชิกเดิมที่เคยยื่นขอรับเงินค่าช่วยเหลือตรวจสุขภาพฯ มาก่อน และมีข้อมูลบัญชีเงินฝากในระบบสหกรณ์ฯ แล้ว ไม่ต้องเขียนแบบแจ้งความประสงค์ขอรับเงินค่าตรวจสุขภาพอีก สหกรณ์ฯ จะโอนเงินเข้าบัญชีให้กับสมาชิกโดยใช้อ้างอิงข้อมูลเดิมจากเลขที่บัญชีเงินฝากการจ่ายเงินค่าช่วยเหลือตรวจสุขภาพในปีที่ผ่านมา สหกรณ์ฯ จะจ่ายเงินให้กับสมาชิกในวันที่ 30 เมษายน 2564

ทั้งนี้ หากสมาชิกท่านใดมีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลบัญชีเงินฝากเดิม ให้กรอกข้อมูลในแบบแจ้งความประสงค์ขอรับเงินค่าช่วยเหลือตรวจสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุ ประจำปี 2564 ในข้อ 3. กรณีขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลบัญชีเงินฝากเดิม สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มจากเว็บไซต์สหกรณ์ฯ www.postcatsavings.com หรือสแกนคิวอาร์โค้ดท้ายประกาศ พร้อมแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ที่มีชื่อสมาชิก ส่งถึงสหกรณ์ฯ ภายในวันที่ 27 เมษายน 2564

3.2 สมาชิกผู้มีสิทธิได้รับเงิน ตามข้อ 1.1 เป็นครั้งแรก ให้กรอกข้อมูลในแบบแจ้งความประสงค์ขอรับเงินค่าช่วยเหลือตรวจสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุประจำปี 2564 สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มจากเว็บไซต์ สหกรณ์ฯ www.postcatsavings.com หรือสแกนคิวอาร์โค้ดท้ายประกาศ พร้อมแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ที่มีชื่อสมาชิก ส่งถึงสหกรณ์ฯ ภายในวันที่ 14 พฤษภาคม 2564 เมื่อสมาชิกดำเนินการถูกต้องครบถ้วนแล้ว สหกรณ์ฯ จะจ่ายเงินให้กับสมาชิกในวันที่ 31 พฤษภาคม 2564

สหกรณ์ฯ จะจัดเก็บข้อมูลบัญชีเงินฝากการรับเงินค่าช่วยเหลือตรวจสุขภาพฯ ของท่านไว้เพื่ออำนวยความสะดวกในการรับเงินสำหรับปีต่อไป หากสมาชิกประสงค์เปลี่ยนแปลงข้อมูลบัญชีในปีใด ให้จัดทำหนังสือพร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากพร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาแจ้งไปยังสหกรณ์ฯ เพื่อปรับปรุงข้อมูลต่อไป

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน



สแกนโหลดแบบฟอร์ม

ประกาศ ณ วันที่ ๑ เมษายน 2564

(นายชาติ ปุญเริง)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์การสื่อสารแห่งประเทศไทย จำกัด



สหกรณ์ออมทรัพย์การสื่อสารแห่งประเทศไทย จำกัด
แบบแสดงความประสงค์ขอรับเงินค่าช่วยเหลือตรวจสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุ ประจำปี 2564

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว สมาชิกสอ.กสท.เลขที่.....
เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ซอย/ตรอก.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน/มือถือ.....
มีความประสงค์ขอรับเงินค่าช่วยเหลือตรวจสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุ ประจำปี 2564 ดังนี้

1. โอนเงินผ่านบัญชีเงินฝากสหกรณ์ออมทรัพย์

ประเภทออมทรัพย์ (010) ประเภทออมทรัพย์พิเศษ (011) ประเภทเงินฝากประจำ (021,024)

เลขที่บัญชี - - -

2. โอนเงินผ่านบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ บมจ. ธนาคารกรุงไทย

สาขา.....

เลขที่บัญชี - - -

(แบบสำเนาหน้าสมุดบัญชีออมทรัพย์ที่เป็นชื่อของสมาชิกที่รับรองสำเนาถูกต้อง ส่งคืนสหกรณ์ฯ *ภายใน 14 พฤษภาคม 2564*)

3. กรณีขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลบัญชีเงินฝากเดิม (สำหรับสมาชิกเดิมที่เคยยื่นขอรับเงินค่าตรวจสุขภาพฯ มาก่อน)

มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลบัญชีเงินฝาก โดยให้สหกรณ์ฯ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝาก ดังนี้

โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากสหกรณ์ออมทรัพย์ประเภท.....เลขที่บัญชี.....

โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ บมจ. ธนาคารกรุงไทย

สาขา.....เลขที่บัญชี.....

(แบบสำเนาหน้าสมุดบัญชีออมทรัพย์ที่เป็นชื่อของสมาชิกที่รับรองสำเนาถูกต้อง ส่งคืนสหกรณ์ฯ *ภายใน 27 เมษายน 2564*)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

แบบฟอร์มนี้ใช้สำหรับ

- กรณีผู้มีสิทธิรับเงินครั้งแรก และ
- กรณีขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลบัญชีเงินฝากเดิม (สำหรับสมาชิกเดิมที่เคยยื่นขอรับเงินค่าตรวจสุขภาพฯ มาก่อน)

ขอแสดงความนับถือ

.....
(.....)

สมาชิกผู้ขอรับเงิน