

เอกสารประกอบ

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



หนังสือแจ้งขอเปลี่ยนแปลงเพิ่มหรือลดจำนวนผู้รับเงินสงเคราะห์  
กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ก.ส.)

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

เรียน คณะกรรมการกองทุนภาคีเครือข่ายฯ (ก.ส.)

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ..... เลขทะเบียนสมาชิก .....  
เป็นสมาชิกของกองทุนภาคีเครือข่าย โดยมีสมาชิกภาพสมบูรณ์เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....  
อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... เบอร์มือถือ .....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอให้กองทุนภาคีเครือข่ายฯ(ก.ส.) ดำเนินการ

1. เปลี่ยนแปลงเพิ่ม / ลด ผู้รับเงินสงเคราะห์จากเดิม ดังนี้

- 1.1 จาก ..... เป็น .....
- 1.2 จาก ..... เป็น .....
- 1.3 จาก ..... เป็น .....
- 1.4 จาก ..... เป็น .....
- 1.5 จาก ..... เป็น .....

2. เพิ่มจำนวนผู้รับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

- 2.1 ..... เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ ..... สัดส่วน .....%  
ที่อยู่ปัจจุบัน .....
- 2.2 ..... เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ ..... สัดส่วน .....%  
ที่อยู่ปัจจุบัน .....
- 2.3 ..... เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ ..... สัดส่วน .....%  
ที่อยู่ปัจจุบัน .....
- 2.4 ..... เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ ..... สัดส่วน .....%  
ที่อยู่ปัจจุบัน .....
- 2.5 ..... เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ ..... สัดส่วน .....%  
ที่อยู่ปัจจุบัน .....

.....  
.....  
.....

โดยมีเงื่อนไข ดังนี้

- ให้ได้รับเต็มจำนวนแต่เพียงผู้เดียว
- ให้ได้ส่วนแบ่งเท่า ๆ กัน
- อื่น ๆ .....

(ลงชื่อ) .....  
(.....) กรรมการผู้อนุมัติ  
(ลงชื่อ) .....  
(.....) ผู้สมัคร  
(ลงชื่อ) .....  
(.....) พยาน(ผู้รับเงินสงเคราะห์)  
(ลงชื่อ) .....  
(.....) พยาน  
(ลงชื่อ) .....  
(.....) เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน