



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด

๖๖๕/๙ ถนนไฮเวย์-ลำปาง-งาว ตำบลหัวเวียง อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง ๕๒๐๐๐

โทรศัพท์ ๐ ๕๔๒๒ ๖๓๘๔ มือถือ ๐๘ ๓๗๖๖ ๓๑๑๓ โทรสาร ๐ ๕๔๓๒ ๓๙๙๑

www.lphosaving.com E-mail: lphosaving@hotmail.co.th

ที่ สอ.สธ.ลป.ว ๑๓๗ /๒๕๖๒

๒๕ มีนาคม ๒๕๖๒

เรื่อง หลักเกณฑ์การใช้ทุนสาธารณสุขประโยชน์ เพื่อเป็นสวัสดิการแก่สมาชิกทุพพลภาพ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง ผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง หัวหน้างานกลุ่มงานทุกงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ หัวหน้าส่วนราชการอื่นๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศ เรื่อง หลักเกณฑ์การใช้ทุนสาธารณสุขประโยชน์ จำนวน ๑ ฉบับ
เพื่อเป็นสวัสดิการแก่สมาชิกทุพพลภาพ

ด้วยสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด ได้แก้ไขทุนสาธารณสุขประโยชน์ เพื่อเป็นสวัสดิการแก่สมาชิกทุพพลภาพ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่ ๓๘ ครั้งที่ ๓/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๖๒ เพื่อเป็นสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกที่เจ็บป่วย เป็นผู้ทุพพลภาพ ดังละเอียดตามประกาศที่ส่งมาพร้อมหนังสือนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดประชาสัมพันธ์ให้ทราบโดยทั่วกัน

ขอแสดงความนับถือ

(นายศิริชัย ภัทรนุธาพร)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด

โทร. ๐ ๕๔๒๒ ๖๓๘๔

โทรสาร. ๐ ๕๔๓๒ ๓๙๙๑

www.lphosaving.com



ประกาศสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด
เรื่อง หลักเกณฑ์การใช้ทุนสาธารณประโยชน์ เพื่อเป็นสวัสดิการแก่สมาชิกทุพพลภาพ

ด้วยสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด ได้แก้ไขเพิ่มเติมระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด ว่าด้วยการใช้ทุนสาธารณประโยชน์ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๑ สำหรับจ่ายเพื่อเป็นสวัสดิการแก่สมาชิก มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกที่เจ็บป่วย เป็นผู้ทุพพลภาพ ดังนั้น ที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด ชุดที่ ๓๘ ในการประชุมครั้งที่ ๗/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๖๒ มีมติเห็นชอบกำหนดหลักเกณฑ์การใช้ทุนสาธารณประโยชน์ เพื่อเป็นสวัสดิการแก่สมาชิกทุพพลภาพไว้ ดังต่อไปนี้

๑. ผู้ทุพพลภาพ หมายถึง สมาชิกที่ได้รับอันตรายหรือเจ็บป่วยจนไม่สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ
๒. การจ่ายเงินช่วยเหลือจะจ่ายให้แก่สมาชิกผู้ทุพพลภาพ หรือผู้รับมอบอำนาจจากสมาชิก
๓. สมาชิกที่ทุพพลภาพจะได้รับเงินช่วยเหลือเพียงครั้งเดียว ครั้งละ ๓,๐๐๐ บาท
๔. เมื่อสมาชิกถึงแก่ทุพพลภาพให้สมาชิกผู้ทุพพลภาพ หรือ ผู้รับมอบอำนาจจากสมาชิกยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือตามแบบฟอร์มสหกรณ์ ณ ที่ทำการสหกรณ์ ภายใน ๑๘๐ วัน หลังจากวันที่แพทย์ลงความเห็น พร้อมทั้งเอกสารหลักฐาน ดังนี้
 - ๔.๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนา
 - ๔.๒. ในกรณีมอบอำนาจ ต้องแนบเอกสารตามข้อ ๔.๑. ของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ พร้อมรับรองสำเนา
 - ๔.๓. ใบรับรองแพทย์แผนปัจจุบันชั้น ๑ ซึ่งเป็นแพทย์ผู้ให้การรักษาพยาบาลโดยตรงของสมาชิกผู้ทุพพลภาพ พร้อมความเห็นของแพทย์
 - ๔.๔. เอกสารอื่นใดที่คณะกรรมการสหกรณ์เห็นว่าจำเป็น
๕. คณะกรรมการศึกษาและประชาสัมพันธ์เป็นผู้พิจารณาครั้งกรอง นำเสนอคณะกรรมการดำเนินการ เพื่ออนุมัติการจ่ายเงินสงเคราะห์ให้แก่สมาชิกทุพพลภาพ

ทั้งนี้ตั้งแต่วันที่ **๒๕** มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ **๒๕** มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

(นายศิริชัย ภัทรนุภาพร)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด