

แบบขอความช่วยเหลือจากมูลนิธิพนักงานธนาคารทหารไทย

1. ประวัติผู้ขอ

สถานะปัจจุบัน เป็น ☐ พนักงานธนาคาร ☐ อดีตพนักงานธนาคาร

ชื่อ-สกุล วันเดือนปีเกิด อายุ ปี

เลขที่พนักงาน เข้าทำงานเมื่อ ออกจากงานเมื่อ เนื่องจาก

ตำแหน่งปัจจุบัน / ตำแหน่งสุดท้ายในธนาคาร

อาชีพ/ตำแหน่ง/ที่ทำงานปัจจุบัน.....

บิดา ชื่อ อายุ ปี ☐ มีชีวิตอยู่ ☐ ถึงแก่กรรม

มารดา ชื่อ อายุ ปี ☐ มีชีวิตอยู่ ☐ ถึงแก่กรรม

บิดา - มารดา ☐ พักอาศัย ☐ ไม่ได้พักอาศัย ร่วมกับผู้ขอ

ผู้ขอมีพี่น้องร่วมบิดา - มารดา จำนวน คน ผู้ขอเป็นบุตรคนที่

2. สถานภาพผู้ขอ ☐ โสด ☐ จดทะเบียนสมรส ☐ ไม่จดทะเบียน ☐ หย่า ☐ หม้าย ☐ แยกกันอยู่

ชื่อ-สกุล คู่สมรส อายุ ปี

อาชีพ/ตำแหน่ง/ที่ทำงานปัจจุบันของคู่สมรส

☐ ไม่มีบุตร ☐ มีบุตร คน

รายละเอียดข้อมูลบุตร

ลำดับที่	ชื่อ	อายุ	สถานศึกษา / ที่ทำงาน	ชั้นการศึกษา	รายได้ / เดือน

3. รายได้และค่าใช้จ่ายในครอบครัว

3.1 รายได้รายเดือนภายในครอบครัว

- รายได้ผู้ขอ เป็นเงินเดือนละ บาท

(จำแนกเป็นเงินเดือน บาท รายได้อื่นๆ ได้แก่ จำนวนเงิน บาท)

- รายได้คู่สมรส เป็นเงินเดือนละ บาท

(จำแนกเป็นเงินเดือน บาท รายได้อื่นๆ ได้แก่ จำนวนเงิน บาท)

3.2 ค่าใช้จ่ายรายเดือนภายในครอบครัว

☐ ค่าผ่อนชำระหนี้/ค่าเช่าที่อยู่อาศัย บาท ☐ ค่าผ่อนชำระหนี้อื่น..... บาท

☐ ค่าอุปการะ/การศึกษานูตรบาท ☐ ค่าอุปการะบิดา-มารดา บาท

☐ ค่าสาธารณูปโภคบาท ☐ ค่าใช้จ่ายอื่นๆบาท

3.3 ผู้ขอมีเงินคงเหลือสุทธิในครอบครัว เดือนละบาท

7. รายละเอียดเพิ่มเติม กรณีขอความช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล

โรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา

☐ โรงพยาบาลรัฐบาล ชื่อ.....

☐ โรงพยาบาลเอกชน ชื่อ.....

ความจำเป็นที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน

ความจำเป็นที่ต้องมีการรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลเอกชน

ผู้มีสิทธิเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

☐ สวัสดิการของธนาคาร ☐ ใช้สิทธิเบิกได้ เป็นเงิน.....บาท ☐ ไม่ได้ใช้สิทธิเบิก

☐ ประกันชีวิต/อุบัติเหตุ ☐ ใช้สิทธิเบิกได้ เป็นเงิน.....บาท ☐ ไม่ได้ใช้สิทธิเบิก

☐ ประกันสังคม ☐ ใช้สิทธิเบิกได้ เป็นเงิน.....บาท ☐ ไม่ได้ใช้สิทธิเบิก

☐ สวัสดิการของธนาคาร ☐ ใช้สิทธิเบิกได้ เป็นเงิน.....บาท ☐ ไม่ได้ใช้สิทธิเบิก

☐ หน่วยงานต้นสังกัดคู่สมรส ☐ ใช้สิทธิเบิกได้ เป็นเงิน.....บาท ☐ ไม่ได้ใช้สิทธิเบิก

☐ สิทธิสวัสดิการอื่นๆ..... ☐ ใช้สิทธิเบิกได้ เป็นเงิน.....บาท ☐ ไม่ได้ใช้สิทธิเบิก

เหตุผลที่ไม่ใช้สิทธิเบิก.....

การชำระค่ารักษาพยาบาลของผู้ขอในครั้งนี้ (หักเงินสวัสดิการที่ผู้ขอได้เบิกแล้ว)

☐ โดยเงินส่วนตัวของผู้ขอ/คู่สมรส

☐ ทั้งจำนวน เป็นเงิน.....บาท

☐ บางส่วน เป็นเงิน.....บาท

☐ โดยได้รับความช่วยเหลือจาก

☐ ทั้งจำนวน เป็นเงิน.....บาท

☐ บางส่วน เป็นเงิน.....บาท

☐ โดยกู้ยืมจาก

☐ ทั้งจำนวน เป็นเงิน.....บาท

☐ บางส่วน เป็นเงิน.....บาท

เหตุผลในการขอความช่วยเหลือ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลดังกล่าวข้างต้นถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ขอความอนุเคราะห์
(.....)

วันที่.....

สถานที่ติดต่อผู้ขอ

E-mail โทรศัพท์

เฉพาะพนักงานที่ยังคงปฏิบัติงานกับ TTB

8. หัวหน้าหน่วยงานของผู้ขอ ได้สอบถามข้อเท็จจริงและความจำเป็นของพนักงานแล้ว
มีความเห็นว่า.....

ความประพฤติและผลงานของพนักงาน

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

เอกสารประกอบคำขอ

- | | |
|--|---|
| ☐ รูปถ่ายปัจจุบันของผู้ขอรับความช่วยเหลือ | ☐ สำเนาบัตรประชาชน |
| ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน | ☐ สำเนาสลิปเงินเดือนของผู้ขอ และคู่สมรส (ถ้ามี) |
| ☐ ใบเสร็จรับเงินค่าใช้จ่ายจากโรงพยาบาล (ต้นฉบับ) | ☐ หนังสือรับรองจากแพทย์ |
| ☐ กรณีเกิดภัยพิบัติต่างๆ | |
| ☐ สำเนาบันทกประจำวันของสถานีตำรวจในพื้นที่ที่ประสบเหตุ | |
| ☐ ภาพถ่ายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น | |
| ☐ สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารที่มีชื่อผู้ขอ | |