ອປຊ 3-04

ອົງການປະກັນສັງຄົມແຫ່ງຊາດ

ແບບຂໍຮັບເງິນອຸດໜູນປ່ວຍການ

ຍ້ອນ ອຸປະຕິເຫດແຮງງານ ຫຼື ພະຍາດອາຊີບ

ເປັນເງິນ ຄິດໄລ່ໃຫ້ຕາມຈຳນວນວັນທີ່ພັກວຽກຍ້ອນການເຈັບປ່ວຍ

ໃຊ້ສະເພາະພະນັກງານປະກັນສັງຄົມ

ເລກທີ 0 4 ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐

ວັນທີ......./......../..........., ຊື່ຜູ້ຮັບເອກະສານ...................

ເອກະສານຄົບຖ້ວນ ☐, ບໍ່ຄົບ ☐, ຄຳແນະນຳ.......................

....

ນັດຮັບເງິນ ວັນທີ...

ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນຜູ້ປະກັນຕົນ ທ້າວ ☐ ຫຼື ນາງ ☐ ....ວັນ, ເດືອນ, ປີເກີດ......../....../............

ເລກບັດປະກັນສັງຄົມ ☐☐☐☐☐☐☐☐ ຄົນລາວ ☐, ຄົນຕ່າງປະເທດ ☐, ໂທລະສັບ..........................ປະຈຸບັນຢູ່ເຮືອນເລກທີ...............

ຖະໜົນ.......................................ໜ່ວຍ.................ບ້ານ.............................ເມືອງ...........................ແຂວງ...................................

ຊື່ ຫົວໜ່ວຍແຮງງານທີ່ເຮັດວຽກຢູ່ປະຈຸບັນ..ເລກທີໃບທະບຽນປະກັນສັງຄົມ ☐☐☐☐☐ ☐☐

- **ໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບ**..
- **ຜູ້ປະກັນຕົນເຈັບປ່ວຍຍ້ອນ:**

- ☐ **ກໍລະນີເຈັບປ່ວຍຍ້ອນ ອຸປະຕິເຫດແຮງງານ:** ອຸປະຕິເຫດ ເກີດຂຶ້ນ ເວລາ.........................ໂມງ, ຂອງວັນທີ................../............./.................

  ສະຖານທີ່ເກີດອຸປະຕິເຫດ (ຂຽນລະອຽດ)...

  ສາເຫດການເກີດອຸປະຕິເຫດ (ຂຽນລະອຽດ)...

  ໄປຮັບການກວດ, ປິ່ນປົວຢູ່ໂຮງໝໍ...ແພດປິ່ນປົວ/ມະຕິການເຈັບປ່ວຍ...

  ແພດແນະນຳໃຫ້ພັກວຽກຢູ່ບ້ານເປັນເວລາ..............ວັນ, ຕາມໃບອອກໂຮງໝໍ ຫຼື ຢັ້ງຢືນອື່ນໆຈາກໂຮງໝໍ ເລກທີ...............ລົງວັນທີ......../....../............

- ☐ **ກໍລະນີເຈັບປ່ວຍຍ້ອນ ພະຍາດອາຊີບ:** ໄດ້ຮັບການຢັ້ງຢືນວ່າເປັນພະຍາດອາຊີບ ຈາກໂຮງໝໍ...

  ຕາມໃບຢັ້ງຢືນສະລັບເລກທີ.................................ລົງວັນທີ............/......./............ແພດແນະນຳໃຫ້ພັກວຽກຢູ່ບ້ານເປັນເວລາ.......................ວັນ

ມື້ພັກວຽກຍ້ອນເຈັບປ່ວຍ ທີ່ບໍ່ມີການຢັ້ງຢືນຈາກແພດປິ່ນປົວຈະບໍ່ໄດ້ຮັບອຸດໜູນນີ້

ຂ້າພະເຈົ້າຈະຂໍຮັບເງິນດ້ວຍການ : ❶ ☐ ຂໍຮັບຢູ່ຫ້ອງການປະກັນສັງຄົມ (ດ້ວຍ ເງິນສົດ ຫຼື ແຊັກ ຕາມລະບຽບປະກັນສັງຄົມ)

❷ ☐ ໂອນເຂົ້າບັນຊີ (ສະເພາະບັນຊີທີ່ເປັນສະກຸນເງິນກີບເທົ່ານັ້ນ) ຊື່ທະນາຄານ..

ເລກບັນຊີ... ຊື່ເຈົ້າຂອງບັນຊີ...

❸ ຮັບຜ່ານທາງ BCEL Paycard ☐ ຫຼື LDB Wallet ☐ ຂອງຜູ້ປະກັນຕົນ, ເລກໜ້າບັດ.................................ຊື່ໜ້າບັດ..............................

❹ ຮັບຜ່ານທາງ M-Money ☐ ຂອງຜູ້ປະກັນຕົນ ເບີໂທລະສັບ...

☞ **ກະລຸນາອ່ານຄຳແນະນຳການຮັບເງິນຢູ່ດ້ານຫຼັງ**

ຍື່ນເອກະສານຮ້ອງຂໍອຸດໜູນນີ້ ໃນນາມ: ຜູ້ປະກັນຕົນ ☐, ຕາງໜ້າຜູ້ປະກັນຕົນ ☐ ກໍລະນີຜູ້ຕາງໜ້າຜູ້ປະກັນຕົນໃຫ້ປະກອບຂໍ້ມູນໃສ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້:

ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ ທ້າວ ☐ ຫຼື ນາງ ☐...ວັນ, ເດືອນ, ປີເກີດ........../........../...............

ປະຈຸບັນຢູ່ໜ່ວຍ..............ບ້ານ...........................ເມືອງ...........................ແຂວງ.............................ເບີໂທລະສັບ...........................

ສາຍກ່ຽວພັນກັບຜູ້ປະກັນຕົນ: ຄົນໃນຄອບຄົວຜູ້ປະກັນຕົນ ☐, ບຸກຄົນອື່ນ ☐ ລະບຸສາຍກ່ຽວພັນກັບຜູ້ປະກັນຕົນ...................................

ອະນຸຍາດໃຫ້ຍື່ນເອກະສານແທນຜູ້ປະກັນຕົນໄດ້ ແຕ່ບໍ່ອະນຸຍາດໃຫ້ຮັບເງິນແທນ ຖ້າບໍ່ໄດ້ຮັບອານຸຍາດ ຫຼື ມອບສິດຈາກຜູ້ປະກັນຕົນ

ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮອງວ່າ ຂໍ້ຄວາມທີ່ໄດ້ກ່າວມາຂ້າງເທິງນີ້ແມ່ນຖືກຕ້ອງຕາມຄວາມເປັນຈິງທຸກປະການ ຖ້າບໍ່ດັ່ງນັ້ນ ຈະຂໍຮັບຜິດຊອບຕາມ ກົດໝາຍ ແຫ່ງ ສປປ ລາວ ດັ່ງນັ້ນ ຈຶ່ງໄດ້ລົງລາຍເຊັນ ແລະ ຊື່ແຈ້ງໄວ້ເປັນຫຼັກຖານ

ຜູ້ຕາງໜ້າ	**ຜູ້ປະກັນຕົນ**
ວັນທີ............../.........../................	ວັນທີ............../.........../................
ລາຍເຊັນ ຫຼື ລາຍນິ້ວມື:	ລາຍເຊັນ ຫຼື ລາຍນິ້ວມື:
ຊື່ແທ້:	ຊື່ແທ້:

⇨ **ຂໍ້ຄວນເອົາໃຈໃສ່ ແລະ ເອກະສານທີ່ຕ້ອງຄັດຕິດຢູ່ດ້ານຫຼັງແບບຂໍຮັບເງິນອຸດໜູນນີ້:**

➲ ຄໍາອະທິບາຍ ຫຼື ຊີ້ແຈງ ບາງເອກະສານ, ບາງເນື້ອໃນທີ່ບໍ່ຈະແຈ້ງ ຫຼື ຄໍາສະເໜີຕ່າງໆເຖິງອົງການປະກັນສັງຄົມແຫ່ງຊາດ

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

➲ ເອກະສານທີ່ຕ້ອງຄັດຕິດແບບຂໍຮັບອຸດໜູນນີ້:

1. ໃບຢັ້ງຢືນຮັບປະກັນຂອງຜູ້ໃຊ້ແຮງງານ (ຕາມຮ່າງຂອງ ອປຊ ກໍານົດອອກ);
2. ອັດສໍາເນົາບັດປະກັນສັງຄົມຂອງຜູ້ປະກັນຕົນ ພ້ອມດ້ວຍສໍາເນົາເອກະສານໃດໜຶ່ງຂອງຜູ້ກ່ຽວ ເຊັ່ນ: ບັດປະຈໍາຕົວ ຫຼື ປື້ມສໍາມະໂນຄົວ ຫຼື ເອກະສານອື່ນໆທີ່ສາມາດຢັ້ງຢືນໄດ້;
3. ໃບຢັ້ງຢືນຈາກໂຮງໝໍ ຕ້ອງເປັນສະບັບຕົ້ນ, ລະບຸມື້ພັກ, ມະຕິພະຍາດ, ລົງລາຍເຊັນ, ຊື່ຂອງທ່ານໝໍ ພ້ອມທັງຈ້ຳກາປະພັບໃຫ້ຄົບຖ້ວນ. ທຸກເນື້ອໃນຕ້ອງບໍ່ມີຮອຍລຶບ ຫຼື ຮອຍຂີດຂ້າ, ກໍລະນີວັນພັກວຽກຍ້ອນເຈັບປ່ວຍ 8 ວັນຂຶ້ນໄປ ຕ້ອງເຊັນຮອດຜູ້ອໍານວຍການ ແລະ ຈ້ຳກາໂຮງໝໍຄົບຖ້ວນ;
4. ກໍລະນີ ເກີດອຸປະຕິເຫດຍ້ອນວຽກງານນອກໂມງການຕ້ອງມີໃບຢັ້ງຢືນຈາກຫົວໜ້າໜ່ວຍງານ ແລະ ໃບຢັ້ງຢືນການມອບສິດຈາກຜູ້ໃຊ້ແຮງງານ;
5. ສໍາເນົາປື້ມບັນຊີທະນາຄານ(ເຫັນຕົວເລກບັນຊີຈະແຈ້ງ);
6. ຖ້າແມ່ນຜູ້ຕາງໜ້າມາຢື່ນແບບຂໍຮັບເງິນອຸດໜູນແທນຜູ້ປະກັນຕົນ ຕ້ອງອັດສໍາເນົາເອກະສານໃດໜຶ່ງ ເຊັ່ນ: ບັດປະຈໍາຕົວ ຫຼື ສໍາມະໂນຄົວ ຫຼື ເອກະສານອື່ນໆທີ່ສາມາດຢັ້ງຢືນ.

➲ <u>ປະກັນສັງຄົມ ຈະບໍ່ຮັບພິຈາລະນາໃນກໍລະນີ:</u>

1. ຂຽນຂໍ້ຄວາມສໍາຄັນລົງໃນແບບຂໍຮັບເງິນອຸດໜູນນີ້ບໍ່ຄົບຖ້ວນ;
2. ເອກະສານຄັດຕິດບໍ່ຖືບຖ້ວນຕາມກໍານົດຢູ່ຂ້າງເທິງ;
3. ປອມແປງເອກະສານຢັ້ງຢືນຕ່າງໆ;
4. ຍື່ນແບບຂໍຮັບເງິນອຸດໜູນນີ້ເຖິງການຈັດຕັ້ງຂອງປະກັນສັງຄົມບໍ່ໃຫ້ກາຍ 3 ເດືອນ (90 ວັນ) ນັບຈາກມື້ເຈັບປ່ວຍ ຫຼື ມື້ອອກໂຮງໝໍ ຫຼື ມື້ທີ່ໄດ້ຮັບການກວດປິ່ນປົວ.

➲ <u>ແນະນໍາການຮັບເງິນອຸດໜູນປະກັນສັງຄົມ:</u>

1. ອົງການປະກັນສັງຄົມແຫ່ງຊາດ ຈະຈ່າຍເງິນອຸດໜູນປະກັນສັງຄົມ ເປັນສະກຸນເງິນກີບເທົ່ານັ້ນ;
2. ກໍລະນີ ຂໍຮັບເງິນຢູ່ຫ້ອງການປະກັນສັງຄົມ, ຈໍານວນເງິນ ຫ້າລ້ານກີບ ລົງມາ ຈະຈ່າຍເປັນເງິນສົດ, ຫາກກາຍ ຫ້າລ້ານກີບ ຈະຈ່າຍເປັນແຊັກ;
3. ກໍລະນີ ຂໍຮັບຜ່ານລະບົບຂອງທະນາຄານ ຕ້ອງແມ່ນບັນຊີຂອງຜູ້ປະກັນຕົນ ຫຼື ຂອງບຸກຄົນໃດໜຶ່ງຕາມ ຂໍ້ 4 ລຸ່ມນີ້;
4. ຜູ້ທີ່ຈະສາມາດ ຮັບເງິນອຸດໜູນແທນຜູ້ປະກັນຕົນ ບົນພື້ນຖານການເຫັນດີຂອງຜູ້ປະກັນຕົນ (ບໍ່ມີໃບມອບສິດ) ຕ້ອງແມ່ນ ຜົວ ຫຼື ເມຍ ຫຼື ລູກ, ພໍ່ແມ່ ຫຼື ອ້າຍເອື້ອຍນ້ອງຄີງ ຂອງຜູ້ກ່ຽວ ຄົນໃດໜຶ່ງ ທີ່ມີຊື່ຢູ່ໃນສໍາມະໂນຄົວດຽວກັນ ແລະ ຢູ່ເຮືອນດຽວກັນກັບຜູ້ປະກັນຕົນ;
5. ກໍລະນີ ບໍ່ມີເງື່ອນໄຂ ຕາມຂໍ້ 4 ສາມາດໂອນເຂົ້າບັນຊີບຸກຄົນອື່ນ ຫຼື ຮັບເງິນສົດຈາກປະກັນສັງຄົມກໍ່ໄດ້ ແຕ່ຕ້ອງມີບົດບັນທຶກຈາກການຈັດຕັ້ງບ້ານ, ຜູ້ມອບສິດ, ຜູ້ຮັບສິດ ແລະ ພະຍານ 2 ຄົນ ຂຶ້ນໄປ, ລົງລາຍເຊັນ ຫຼື ຈ້ຳລາຍມື ຕາມລະບຽບການ;
6. ກໍລະນີ ມີຂໍ້ຂັດແຍ່ງກ່ຽວກັບເງິນອຸດໜູນປະກັນສັງຄົມ ອົງການປະກັນສັງຄົມ ແຕ່ລະຂັ້ນ ມີສິດທີ່ຈະໂຈະການເບີກຈ່າຍເງິນອຸດໜູນໄວ້ຊົ່ວ ຄາວ ຈົນກ່ວາຈະສາມາດໄກ່ເກ່ຍກັນໄດ້ ຈຶ່ງຈະເບີກຈ່າຍຕາມລະບຽບການ;
7. ເວລາໄປຮັບເງິນອຸດໜູນປະກັນສັງຄົມຕ້ອງມີ: ບັດປະກັນສັງຄົມ, ໃບມອບສິດ (ຖ້າບໍ່ແມ່ນບຸກຄົນໃນຂໍ້ 4 ເທິງນີ້) ພ້ອມດ້ວຍເອກະສານໃດໜຶ່ງຂອງຜູ້ໄປຮັບເງິນ ເຊັ່ນ: ບັດປະຈໍາຕົວ, ໜັງສືຜ່ານແດນ (Passport), ປື້ມສໍາມະໂນຄົວ;
8. ຄ່າທໍານຽມຂອງທະນາຄານແມ່ນຜູ້ປະກັນຕົນ ຫຼື ຜູ້ມີສິດຮັບການອຸດໜູນເປັນຜູ້ຮັບຜິດຊອບ ຊຶ່ງອາດຈະຫັກຈາກເງິນອຸດໜູນ;
9. ອົງການປະກັນສັງຄົມແຫ່ງຊາດ ບໍ່ຮັບຊໍາລະສະສາງໃດໆໃຫ້ກັບຜູ້ປະກັນຕົນ.

ໃບຢັ້ງຢືນຮັບປະກັນຂອງຜູ້ໃຊ້ແຮງງານ

ສໍາລັບຂໍຮັບເງິນອຸດໜູນອຸປະຕິເຫດແຮງງານ ຫຼື ພະຍາດອາຊີບ

(ໃຊ້ກັບແບບ ອປຊ 3 - 04)

ທີ່ ....
ວັນທີ ..../........./.................
ເລກທີ ..../................

ຊື່ຫົວໜ່ວຍແຮງງານ...

ເລກທີໃບທະບຽນປະກັນສັງຄົມ ☐☐☐☐☐ ☐☐, ໂທລະສັບ.......................................ໂທລະສານ.......................................
ຕັ້ງຢູ່ຖະໜົນ.........................ບ້ານ.................................ເມືອງ...................................ແຂວງ..

ຂໍຢັ້ງຢືນວ່າ ທ້າວ ☐ ຫຼື ນາງ ☐...ເລກບັດປະກັນສັງຄົມ ☐☐☐☐☐☐☐☐

ໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບ...

ເລກທີບັດພະນັກງານ (ຫາກມີ) ....

ຜູ້ກ່ຽວຍັງເປັນຜູ້ອອກແຮງງານຢູ່ກັບຫົວໜ່ວຍແຮງງານນີ້ ☐, ສິ້ນສຸດການເປັນພະນັກງານແລ້ວ ☐ ແຕ່ວັນທີ.........../......../.............ເປັນຕົ້ນໄປ

(ຖ້າຜູ້ປະກັນຕົນ ສິ້ນສຸດການເປັນຜູ້ອອກແຮງງານ ໃຫ້ເອົາເອກະສານຢັ້ງຢືນ ຄັດຕິດມາພ້ອມ)

ຜູ້ກ່ຽວພັກວຽກເນື່ອງຈາກເປັນປ່ວຍ ຍ້ອນ:,

☐ **ອຸປະຕິເຫດແຮງງານ:** ອຸປະຕິເຫດເກີດຂຶ້ນໃນເວລາ............ໂມງ ຂອງວັນທີ......../....../..........ສະຖານທີ່ເກີດອຸປະຕິເຫດ..........................
....

ສາເຫດທີ່ພາໃຫ້ເກີດອຸປະຕິເຫດ (ຂຽນລະອຽດ) ....
....ພັກວຽກແຕ່ວັນທີ........./....../...........

☐ **ພະຍາດອາຊີບ**: ເກີດຈາກ...
.... ຊຶ່ງໄດ້ພັກວຽກແຕ່ວັນທີ.........../......./................

ຄ່າແຮງງານຜູ້ປະກັນຕົນໃນໄລຍະ 6 ເດືອນສຸດທ້າຍກ່ອນເຈັບປ່ວຍ.

ເດືອນ/ປີ	ຈໍານວນເງິນຄ່າແຮງງານ ຫຼື ເງິນເດືອນ	ໝາຍເຫດ
ລວມ:		

ໃນນາມຜູ້ໃຊ້ແຮງງານ ຂໍຢັ້ງຢືນວ່າ ຂໍ້ຄວາມຂ້າງເທິງແມ່ນຖືກຕ້ອງຕາມຄວາມເປັນຈິງທຸກປະການ ຈຶ່ງໄດ້ລົງລາຍເຊັນ, ຊື່ ແລະ ປະທັບກາຂອງຫົວໜ່ວຍແຮງງານໄວ້ເປັນຫຼັກຖານ.

ເຊັນ ແລະ ປະທັບກາຜູ້ໃຊ້ແຮງງານ