



หนังสือคู่สัญญาเพื่อสวัสดิการสมาชิก

บัญชีเงินกู้ที่...../..... (เจ้าหน้าที่สหกรณ์กรอก)

ทำที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด เลขทะเบียนที่.....ตำแหน่ง.....เงินเดือน.....บาท สังกัดหน่วยงาน.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “ผู้กู้” ได้ทำหนังสือเงินไว้ให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “ผู้ให้กู้” เพื่อเป็นหลักฐานดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ผู้กู้ ขอเงินจากผู้ให้กู้ตามวงเงิน เป็นจำนวน 6,190.- บาท (หกพันหนึ่งร้อยเก้าสิบบาทถ้วน) ผู้กู้ตกลงว่าจะชำระหนี้เป็นงวดรายเดือนภายในวันทำการของทุกสิ้นเดือน โดยหักจากเงินได้รายเดือน เงินต้นพร้อมดอกเบี้ยเท่าๆ กัน เดือนละจำนวน ..... บาท (.....) ส่งชำระคืนภายใน 12 งวด

ข้อ 2. สำหรับปีต่อไป ผู้กู้ ขอเงินจากผู้ให้กู้ ตามสัดส่วนที่สมาคมฯ ปกิจสงเคราะห์แต่ละสมาคมเรียกเก็บ ผู้กู้ตกลงว่า จะชำระหนี้เป็นงวดรายเดือนภายในวันทำการของทุกสิ้นเดือน โดยหักจากเงินได้รายเดือน เงินต้นพร้อมดอกเบี้ยเท่าๆ กัน ส่งชำระคืนภายใน 12 งวด

ข้อ 3. ผู้กู้ขอให้ผู้ให้กู้ หักเงินกู้สมาชิกเพื่อสวัสดิการสมาชิกโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของสมาชิกที่เปิดไว้กับสหกรณ์ฯ เพื่อชำระค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าให้สมาคมฯ ปกิจสงเคราะห์เป็นรายปี

ข้อ 4. ผู้กู้ยินยอมจ่ายดอกเบี้ย ตามอัตราดอกเบี้ยที่ผู้ให้กู้กำหนด โดยจะจ่ายดอกเบี้ยจากเงินต้นค้างชำระเป็นรายวัน

ข้อ 5. ผู้กู้ยินยอมให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินได้รายเดือนของผู้กู้ หักเงินงวดชำระหนี้ของผู้กู้ตามข้อ 1,2 เพื่อส่งให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ข้อ 6. ผู้กู้ทราบและเข้าใจดี ขอยอมรับผูกพันตามข้อบังคับ และระเบียบว่าด้วยการให้เงินกู้ฯ ของผู้ให้กู้ที่ได้กำหนดขึ้นถือปฏิบัติทุกประการ รวมทั้งหากมีการแก้ไขเพิ่มเติมในภายหลังด้วย ซึ่งผู้ให้กู้ไม่จำเป็นต้องแจ้งให้ผู้กู้ทราบล่วงหน้า

ข้อ 7. หากผู้กู้ผิดนัดชำระหนี้งวดหนึ่งงวดใด ให้ถือว่าผิดนัดชำระทั้งหมด และหมดสภาพการเป็นสมาชิกสมาคมฯ ปกิจสงเคราะห์ สัญญาคู่เป็นอันถึงกำหนดชำระโดยพลัน ผู้กู้ยินยอมให้ผู้ให้กู้ฟ้องร้องบังคับคดีได้ทันที และผู้กู้ยินยอมชดเชยค่าเสียหายที่ผู้ให้กู้ต้องใช้จ่ายไปในการดำเนินคดีแก่ผู้ให้กู้โดยครบถ้วน

ข้อ 8. สัญญานี้ให้มีผลบังคับใช้ตลอดไปจนกว่าสมาชิกสิ้นสภาพจากการเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ผู้กู้ได้อ่านและเข้าใจข้อความในหนังสือเงินนี้แล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ณ วันที่ทำหนังสือนี้

สัญญาเดิมเลขที่.....
ตรวจแล้วถูกต้อง
(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ประจำหน่วย
(.....)
(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติ
(.....)
ประธาน /รองประธาน /ผู้จัดการ /หรือผู้ที่ได้รับมอบ

(ลงชื่อ) .....ผู้กู้
(.....)
(ลงชื่อ) .....ผู้ให้กู้
(.....)
(ลงชื่อ) .....พยาน
(.....)



สภรณออมทรพยสารณสุขจังหวดนครศรทรรมราช จรกัด  
หนังสือยอนยอมใหสวณราชการทักเงนชำระหนี้สภรณออมทรพย

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

ข้าพเจ้.....อายุ.....ปี

เลขหมายประจำตัวประชาชน..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....  
ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด..... รับราชการสังกัด (1)..... ตำแหน่ง.....

และเป็นสมาชิกสภรณออมทรพยสารณสุขจังหวดนครศรทรรมราช จรกัด เลขทะเบียนสมาชิก.....ขอให้ความ  
ยอนยอมไว้เป็นหนังสือตามพระราชบัญญัติสภรณ พ.ศ.2542 มาตรา 42/1 ดังข้อความต่อไปนี้

ข้อ 1. ยอนยอมใหหน่วยงานต้นสังกัดและหรือผู้บังคับบัญชาและหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินประจำหน่วยงาน  
ที่ข้าพเจ้สังกัดขณะทำหนังสือนี้และสังกัดที่ย้ายไปประจำการในภายหน้าโปรดทักเงนเดือน ค่าจ้าง เงินบำนาญ เงิน  
บำเหน็จ กบข. เงินบำเหน็จดำรงชีพ และเงนอื่นที่ข้าพเจ้พึงได้รับจากทางราชการตามจำนวนที่สภรณออมทรพย  
สารณสุขจังหวดนครศรทรรมราช จรกัด แจงในแต่ละเดือนใหทักเงนเพื่อส่งชำระหนี้ ชำระค่าหุ้น หรือเงนอื่น แล้วแต่กรณี  
ใหแก่สภรณออมทรพยสารณสุข จรกัด แทนข้าพเจ้ในทุกเดือน

ข้อ 2. ในกรณีที่ข้าพเจ้พ้นจากการเป็นข้าราชการ/ลูกจ้าง และมีสิทธิได้รับเงินบำนาญหรือเงินบำเหน็จ  
กบข. บำเหน็จดำรงชีพหรือเงนอื่นที่พึงได้รับจากทางราชการ ข้าพเจ้ยอนยอมใหหน่วยงานต้นสังกัดและหรือผู้บังคับบัญชา  
และหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินประจำหน่วยงานที่ข้าพเจ้สังกัดขณะทำหนังสือนี้และสังกัดที่ย้ายไปประจำการในภายหน้า  
โปรดทักเงนตามจำนวนที่ สภรณออมทรพยสารณสุขจังหวดนครศรทรรมราช จรกัด แจงและส่งเงนจำนวนนั้นให  
สภรณออมทรพยสารณสุขจังหวดนครศรทรรมราช จรกัด แทนข้าพเจ้

ข้อ 3. การทักเงนตามข้อ 1 และข้อ 2 เมื่อได้ทักชำระหนี้แก่ทางราชการ (ถ้ามี) แล้ว ข้าพเจ้ยอนยอมให  
ทักเงนส่งสภรณออมทรพยสารณสุขจังหวดนครศรทรรมราช จรกัด ก่อนเป็นอันดับแรก ตาม พรบ.สภรณ พ.ศ.2542  
มาตรา 42/1

ข้อ 4. หนังสือยอนยอมนี้ให้มีผลตั้งแตบัดนี้เป็นต้นไป และข้าพเจ้สัญญาว่าจะไม่ถอนการให้คำยอนยอม  
ทั้งหมดหรือแต่บางส่วน เว้นแต่จะได้รับคำยอนยอมเป็นหนังสือจากสภรณออมทรพยสารณสุขจังหวดนครศรทรรมราช จรกัด

หนังสือยอนยอมฉบับนี้ทำขึ้นโดยความสมัครใจของข้าพเจ้เอง และได้อ่านข้อความและเข้าใจโดยตลอด  
แล้วเห็นว่าตรงตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้ทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน อนึ่ง หนังสือนี้ทำขึ้น 2 ฉบับ  
มีข้อความตรงกัน ฉบับที่หนึ่งเก็บไว้ที่ (1)..... ส่วนฉบับที่สองเก็บไว้กับสภรณออมทรพย  
สารณสุขจังหวดนครศรทรรมราช จรกัด เก็บไว้เป็นหลักฐานด้วยแล้ว

(ลงชื่อ) .....ผู้ให้คำยอนยอมในฐานะผู้กู้  
(.....)

(ลงชื่อ) .....เจ้าหน้าที่การเงิน  
(.....)

หมายเหตุ “(1)” หมายถึงชื่อส่วนราชการที่ผู้สังกัดหรือมีหน้าที่จ่ายเงินได้

หนังสือให้คำยินยอมแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า(ผู้รับเงินสงเคราะห์)ขอให้คำยินยอมแสดงเจตนาการรับผลประโยชน์จากเงินสงเคราะห์ที่  
นาย/นาง/นางสาว..... สมาชิกสหกรณ์เลขที่.....ที่พึงได้รับจาก  
(ชื่อผู้สมัคร)

- 1. สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช (สสธ.นศ.)
- 2. สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสธท.)
- 3. สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

พึงจ่าย โดยจ่ายให้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด เท่ากับ  
จำนวนหนี้สินที่นาย/นาง/นางสาว.....ผูกพันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก  
ส่วนที่เหลือมอบให้บุคคลที่ระบุไว้ตามหนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับผลประโยชน์

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดขังคับ ช่มชู้  
หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

ข้าพเจ้าในฐานะผู้มีสิทธิ์แสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม (ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม  
(.....)  
(ผู้รับเงินสงเคราะห์) (ผู้รับเงินสงเคราะห์)

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม (ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม  
(.....)  
(ผู้รับเงินสงเคราะห์) (ผู้รับเงินสงเคราะห์)

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม (ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม  
(.....)  
(ผู้รับเงินสงเคราะห์) (ผู้รับเงินสงเคราะห์)

(ลงชื่อ).....พยาน (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่  
(.....) (.....)

(ลงชื่อ).....พยาน (ลงชื่อ).....ผู้มีอำนาจลงนาม  
(.....) (.....)

## เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง ที่ สสทท. กำหนด มีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
7. กรณีสมาชิกสมัครตรง ต้องมีใบเสร็จรับเงินงวดสุดท้าย หรือ ใบรับรองของสหกรณ์ต้นสังกัด



ใบเสร็จรับเงิน สสทท. เล่มที่ .....

เลขที่ .....

## ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ (วาระปกติ)

## สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสทท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....ปี.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน               

เกิดวันที่.....เดือน.....ปี.....พ.ศ.....คู่สมรสชื่อ.....

- (1)  สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขสมาชิกสหกรณ์.....
- อื่นๆ (ระบุ).....

- (2) ตำแหน่ง.....หรือปฏิบัติหน้าที่.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....

ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....

- (3) สถานที่อยู่ (ในการจัดส่งเอกสาร)

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

- (4) การชำระเงิน ดังนี้

## 4.1 การชำระเงินครั้งแรก

 ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 20 บาท ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 20 บาท เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า.....5,500... บาท

รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน.....5,540...บาท ( ห้าพันห้าร้อยสี่สิบบาทถ้วน )

## 4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ดังนี้

 ชำระเป็นเงินสดที่สมาคมหรือศูนย์ประสานงานสมาคม ชำระเงินเข้าบัญชีสมาคม ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาเดอะคริสตัล ราชพฤกษ์ ชื่อบัญชี สมาคมฌาปนกิจ

สงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ประเภทกระแสรายวัน (Bill Payment Pay- In Slip)

เลขที่บัญชี 468-0-39888-5

 ชำระจากเงินปันผล เฉลี่ยคืน จากสหกรณ์ต้นสังกัด

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ และเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)



### คำรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก

ผู้รับรองต้องเป็นสมาชิกสมาคมสถาปนิกสยามตลิ่งตะวันออกหรือสมาชิกรัฐสภาสาธารณสุขไทย

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสมาคมสถาปนิกสยามตลิ่งตะวันออกหรือสมาชิกรัฐสภาสาธารณสุขไทย ทะเบียนเลขประจำตัว.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....  
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่าผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว.....มีคุณสมบัติตามข้อบังคับ ข้อ 10.1  
ของสมาคมสถาปนิกสยามตลิ่งตะวันออกหรือสมาชิกรัฐสภาสาธารณสุขไทยทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง  
วันที่...../...../.....

### สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสท. และได้แนบหลักฐาน  
ประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ ระเบียบ  
และประกาศการรับสมัครสมาชิก สสท. ตามรอบการรับสมัคร หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....  
ตำแหน่ง.....

### ความเห็นของกรรมการ

- เสนอ  เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สสท.  
 ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....  
(.....)

กรรมการผู้ได้รับมอบหมาย

### ความเห็นสำหรับคณะกรรมการสมาคม สสท.

- คำสั่ง  อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสท. ตั้งแต่วันที่.....  
ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสมาคม ครั้งที่ ...../ 25.....เมื่อวันที่.....  
 ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

#### ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- นายกสมาคม สสท.  
 กรรมการ สสท. ปฏิบัติการแทน  
นายกสมาคม สสท.

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....



สสท. 2

### ใบรับรองแพทย์

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก สสท.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี  
เลขประจำตัวประชาชน  ข้าพเจ้ามีประวัติสุขภาพ ดังนี้  
โรคตามข้อ (3.1) – (3.10) ในส่วนที่ 2 ของแพทย์  ไม่มี  มี (ระบุ).....  
โรคประจำตัวอื่นๆ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ  
ลงชื่อ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

### ส่วนที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ตรวจร่างกายและสอบถามประวัติ นาย/นาง/นางสาว.....แล้ว มีรายละเอียด ดังนี้

- (1) ไม่เป็นผู้มีกายทพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- (2) ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
- (3) ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้ ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้
  - (3.1) โรคมะเร็ง  ไม่มี  มี (ระบุ).....
  - (3.2) โรคหัวใจ  ไม่มี  มี (ระบุ).....
  - (3.3) โรควัณโรค  ไม่มี  มี (ระบุ).....
  - (3.4) โรคปอดเรื้อรัง  ไม่มี  มี (ระบุ).....
  - (3.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง  ไม่มี  มี (ระบุ).....
  - (3.6) ภาวะไตวาย(ล้างไต)  ไม่มี  มี (ระบุ).....
  - (3.7) โรคเอดส์  ไม่มี  มี (ระบุ).....
  - (3.8) โรคตับแข็ง  ไม่มี  มี (ระบุ).....
  - (3.9) โรคเอสแอลอี (SLE)  ไม่มี  มี (ระบุ).....
  - (3.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ สสท. 2  ไม่มี  มี (ระบุ).....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....  
(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ
- (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
  - (2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
  - (3) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (3) ให้การสมัครเป็นสมาชิกตกเป็นโมฆะทันที
  - (4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สสท. โดยเริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป



ถ้อยแถลงและให้การยินยอมของผู้สมัครสมาชิก สสธ.

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□□□ อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สสธ. ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- 3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ

4.ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

- (4.1) โรคมะเร็ง ไม่มี มี (ระบุ).....
- (4.2) โรคหัวใจ ไม่มี มี (ระบุ).....
- (4.3) โรคหัวใจ ไม่มี มี (ระบุ).....
- (4.4) โรคปอดเรื้อรัง ไม่มี มี (ระบุ).....
- (4.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง ไม่มี มี (ระบุ).....
- (4.6) ภาวะไตวาย(ล้างไต) ไม่มี มี (ระบุ).....
- (4.7) โรคเอดส์ ไม่มี มี (ระบุ).....
- (4.8) โรคตับแข็ง ไม่มี มี (ระบุ).....
- (4.9) โรคเอสแอลอี (SLE) ไม่มี มี (ระบุ).....
- (4.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ สสธ. 2 ไม่มี มี (ระบุ).....

ข้าพเจ้ายืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้ว ให้ สสธ. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิก สสธ. ตามข้อบังคับสมาคม พ.ศ. 2566 ข้อ 15(4) ได้ทันที และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใดๆ และขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้ง ข้าพเจ้าไม่ตั้งใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจาก สสธ. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคมทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ สสธ. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....

(.....)

(ผู้สมัครสมาชิก สสธ.)

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์



ประกาศสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย  
เรื่อง กำหนดโรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย

\*\*\*\*\*

เพื่อให้การดำเนินงาน สสรท. และศูนย์ประสานงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ ที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่ 7/2566 ครั้งที่ 4 เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2566 จึงได้มีมติ กำหนดโรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย โดยให้ศูนย์ประสานงานถือปฏิบัติ เพื่อให้การดำเนินงานของ สสรท. และศูนย์ประสานงานมีความสอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ดังนั้น สสรท. จึงขอความร่วมมือให้ศูนย์ประสานงานทำการประชาสัมพันธ์แจ้งให้ผู้สนใจสมัคร เป็นสมาชิก สสรท. ได้รับทราบและใช้ใบรับรองแพทย์ (สสรท. 2) ตามแบบฟอร์มที่สมาคมกำหนดเท่านั้น โดยสามารถดาวน์โหลดใบรับรองแพทย์ (สสรท. 2) ได้ที่ [www.cpct.or.th](http://www.cpct.or.th) และการรับสมัครสมาชิก สสรท. ไม่รับสมัครผู้ที่ป่วยเป็นโรค 9 โรค ตามที่ระบุใบรับรองแพทย์ (สสรท. 2) ดังนี้

1. โรคมะเร็ง
2. โรคหัวใจ
3. โรควัณโรค
4. โรคปอดเรื้อรัง
5. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
6. ภาวะไตวาย (ล้างไต)
7. โรคเอดส์
8. โรคตับแข็ง
9. โรคเอสแอลอี (SLE)

และโรคประจำตัวร้ายแรงอื่นๆ 20 โรค ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายตามประกาศของ สสรท.

ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง (STROKE) ที่มีภาวะแทรกซ้อนจนไม่สามารถทำงานตามปกติได้
2. โรคอัลไซเมอร์ (ALZHEIMER)
3. โรคสมองเสื่อม (DEMENTIA)
4. โรคหลอดเลือดโป่งพอง (ANEURYSM)
5. โรคเส้นเลือดขอตในสมอง

6. โรคซึมเศร้า (DEPRESSIVE DISORDER)
7. โรคไทรอยด์เป็นพิษ (THYROIDTOXICOSIS) ที่ยังไม่สามารถควบคุมให้ไทรอยด์ฮอร์โมนอยู่ในเกณฑ์ปกติ
8. โรคธาลัสซีเมีย (THALASSEMIA) ชนิดเมเจอร์ (Major) ได้แก่ อัลฟาธาลัสซีเมียเมเจอร์ (Alpha Thalassaemia Major) ,เบต้าธาลัสซีเมียเมเจอร์ (Beta Thalassaemia Major), โรคธาลัสซีเมียที่ต้องรับเลือดเป็นประจำ
9. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ที่มีค่าความดันตัวบน (Systolic pressure) ตั้งแต่ 180 มม.ปรอท ขึ้นไป หรือค่าความดันตัวล่าง (Diastolic pressure) ตั้งแต่ 110 มม.ปรอท ขึ้นไป
10. โรคเบาหวาน (DM) ที่มีค่าน้ำตาลสะสม (HbA1c) มากกว่า 8% และค่าน้ำตาลในเลือด (FBS) มากกว่า 180 mg/dl
11. โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B virus infection) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่าปกติ 2 เท่าขึ้นไป
12. โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis C virus infection) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่าปกติ 2 เท่าขึ้นไป
13. โรคไขมันพอกตับ (Fatty liver) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่าปกติ 2 เท่าขึ้นไป
14. โรคไขกระดูกฝ่อ (Aplastic Anemia)
15. โรคลมชัก (Epilepsy) ที่มีภาวะชัก ในระยะ 1 ปีล่าสุด
16. โรคผิวหนังแข็ง (Scleroderma)
17. โรคไตวายเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 4 ขึ้นไป
18. โรคฮีโมฟีเลีย (HEMOPHILIA)
19. โรคอ้วน (Obesity) ที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 35 ร่วมกับโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง
20. โรคเกล็ดเลือดต่ำจากภูมิคุ้มกัน (ITP : Immune thrombocytopenia)

ทั้งนี้ หากศูนย์ประสานงานไม่มั่นใจในกรณีที่ไม่รับรองแพทย์ของผู้สมัครเคยมีประวัติการรักษาด้วยโรคตาม (1) - (9) และโรคประจำตัวร้ายแรงอื่นๆ 20 โรค ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ให้ส่งใบรับรองแพทย์มาให้ สสชท. พิจารณาผ่านช่องทางไลน์กลุ่มเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน โดย สสชท. จะมีองค์กรแพทย์สมาคม ประกอบด้วย นายแพทย์อนุพงศ์ เพ็ญจันทร์ นายแพทย์สมชาย ศรีสมบัติตติ นายแพทย์ชัชวาล ก่อสกุล และนายแพทย์สุชาติ ตันตินิรามย์ ซึ่งเป็นที่ปรึกษา อุปนายก และกรรมการของ สสชท. จะเป็นผู้วินิจฉัยว่าสามารถสมัครสมาชิก สสชท. ได้หรือไม่

อนึ่ง ในกรณีที่สมาคมตรวจสอบภายหลังจากการอนุมัติรับเป็นสมาชิกแล้ว พบว่าผู้สมัครหรือสมาชิกทั้งที่ยังมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว “มีสุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรง” หรือมีประวัติการรักษาด้วยโรคตามที่ระบุไว้ในใบรับรองแพทย์หรือโรคอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายมาก่อนการสมัคร สสชท. จะถือว่าผู้สมัครหรือสมาชิกรายนั้น ขาดคุณสมบัติตามข้อบังคับ พ.ศ. 2566 ข้อ 10.1 (4) และข้อ 10.2 (8)

ซึ่งจะถือว่าการสมัครเป็นโมฆะตั้งแต่วันรับสมัครทันที ทั้งนี้ ผู้สมัครหรือสมาชิกรายนั้นจะไม่มีสิทธิ์ได้รับเงิน  
สงเคราะห์ครอบครัวไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น

ประกาศ ณ วันที่ 29 พฤษภาคม 2566 เป็นต้นไป



(ดร.มะณู บุญศรีมณีชัย)

นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์  
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย



**หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์  
สมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สมาชิกสมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย เลขทะเบียนที่.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....

1. สถานภาพ

โสด     สมรส คู่สมรสชื่อ.....  หย่า หรือ หม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สสทท. พึ่งจ่าย ให้ผู้จัดการศพข้าพเจ้า

คือ.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า(10%ของเงินสงเคราะห์)

ส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ คือ

2.1.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.2.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.3.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.4.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.5.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

โดยมีเงื่อนไขดังนี้  ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว     ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆกัน

อื่นๆระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ผู้สมัครสมาชิก สสทท.

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ สสทท.

(.....)

