



หนังสือกู้สามัญเพื่อสวัสดิการสมาชิก

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

ทำที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

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

ข้อ 1. ผู้กู้ ขอรับเงินจากผู้ให้กู้ตามวงเงิน เป็นจำนวน 15,000.- บาท (หนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน) ผู้กู้ตกลงว่าจะชำระ
หนี้เป็นงวดรายเดือนภายในวันทำการของทุกสิ้นเดือน โดยหักจากเงินได้รายเดือน เงินต้นพร้อมดอกเบี้ยเท่าๆ กันเดือนละ
จำนวน บาท (.....) ส่งชำระคืนภายใน 12 งวด

ข้อ 2. สำหรับปีต่อๆ ไป ผู้กู้ ขอรับเงินจากผู้ให้กู้ ตามสัดส่วนที่สมาคมณาปนกิจสังเคราะห์แต่ละสมาคมเรียกเก็บ
ผู้กู้ตกลงว่า จะชำระหนี้เป็นงวดรายเดือนภายในวันทำการของทุกสิ้นเดือน โดยหักจากเงินได้รายเดือน เงินต้นพร้อมดอกเบี้ย
เท่าๆ กัน ส่งชำระคืนภายใน 12 งวด

ข้อ 3. ผู้กู้ขอให้ผู้ให้กู้ หักเงินกู้สามัญเพื่อสวัสดิการสมาชิกโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของสมาคมที่เปิดไว้กับ
สหกรณ์ฯ เพื่อชำระค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี เงินสงเคราะห์ที่ล่วงหน้าให้สมาคมณาปนกิจสังเคราะห์เป็นรายปี

ข้อ 4. ผู้กู้ยินยอมจ่ายดอกเบี้ย ตามอัตราดอกเบี้ยที่ผู้ให้กู้กำหนด โดยจะจ่ายดอกเบี้ยจากเงินต้นค้างชำระเป็นรายวัน

ข้อ 5. ผู้กู้ยินยอมให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินได้รายเดือนของผู้กู้ หักเงินงวดชำระหนี้ของผู้กู้ตามข้อ
1,2 เพื่อส่งให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ข้อ 6. ผู้กู้ทราบและเข้าใจดี ขอยอมรับผูกพันตามข้อบังคับ และระบุเบื้องต้นว่าด้วยการให้เงินกู้ฯ ของผู้ให้กู้ที่ได้กำหนด
ขึ้นถือปฏิบัติทุกประการ รวมทั้งหากมีการแก้ไขเพิ่มเติมในภายหลังนัดเดียว ซึ่งผู้ให้กู้ไม่จำเป็นต้องแจ้งให้ผู้กู้ทราบล่วงหน้า

ข้อ 7. หากผู้กู้ผิดนัดชำระหนี้งวดหนึ่งงวดใด ให้ถือว่าผิดนัดชำระหนี้ทั้งหมด และหมดสภาพการเป็นสมาชิกสมาคม
ณาปนกิจสังเคราะห์ สัญญาฯ เป็นอันถึงกำหนดชำระโดยพลัน ผู้กู้ยินยอมให้ผู้ให้กู้ฟ้องร้องบังคับคดีได้ทันที และผู้กู้ยินยอม
ชดใช้ค่าเสียหายที่ผู้ให้กู้ต้องใช้จ่ายไปในการดำเนินคดีแก่ผู้ให้กู้โดยครบถ้วน

ข้อ 8. สัญญานี้ให้มีผลบังคับใช้ตลอดไปจนกว่าสมาคมสภากาражการเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข
จังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ผู้กู้ได้อ่านและเข้าใจข้อความในหนังสือกู้เงินนี้แล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ณ วันที่ทำหนังสือนี้

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

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



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด
หนังสือยินยอมให้ส่วนราชการหักเงินเข้าประจำหนี้สหกรณ์ออมทรัพย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี

เลขหมายประจำตัวประชาชน..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ต่อ ก./ชอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รับราชการสังกัด (1)..... ตำแหน่ง.....

และเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก..... ขอให้ความ
ยินยอมไว้เป็นหนังสือตามพระราชบัญญัติสหกรณ์ พ.ศ.2542 มาตรา 42/1 ดังข้อความต่อไปนี้

ข้อ 1. ยินยอมให้หน่วยงานต้นสังกัดและหรือผู้บังคับบัญชาและหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินประจำหน่วยงาน
ที่ข้าพเจ้าสังกัดขณะทำงานสื่อนี้และสังกัดที่ย้ายไปประจำการในภายหน้าโปรดหักเงินเดือน ค่าจ้าง เงินบำนาญ เงิน
บำเหน็จ กบข. เงินบำเหน็จดำรงชีพ และเงินอื่นที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการตามจำนวนที่สหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด แจ้งในแต่ละเดือนให้หักเงินเพื่อส่งชำระหนี้ ชำระค่าหุ้น หรือเงินอื่น แล้วแต่กรณี
ให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข จำกัด แทนข้าพเจ้าในทุกเดือน

ข้อ 2. ในกรณีที่ข้าพเจ้าพ้นจากการเป็นข้าราชการ/ลูกจ้าง และมีสิทธิได้รับเงินบำนาญหรือเงินบำเหน็จ
กบข. บำเหน็จดำรงชีพหรือเงินอื่นที่พึงได้รับจากทางราชการ ข้าพเจ้ายินยอมให้หน่วยงานต้นสังกัดและหรือผู้บังคับบัญชา
และหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินประจำหน่วยงานที่ข้าพเจ้าสังกัดขณะสื่อนี้และสังกัดที่ย้ายไปประจำการในภายหน้า
โปรดหักเงินตามจำนวนที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด แจ้งและส่งเงินจำนวนนั้นให้
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด แทนข้าพเจ้า

ข้อ 3. การหักเงินตามข้อ 1 และข้อ 2 เมื่อได้หักชำระหนี้แก่ทางราชการ (ถ้ามี) แล้ว ข้าพเจ้ายินยอมให้
หักเงินส่งสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด ก่อนเป็นอันดับแรก ตาม พรบ.สหกรณ์ พ.ศ.2542
มาตรา 42/1

ข้อ 4. หนังสือยินยอมนี้ให้มีผลตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป และข้าพเจ้าสัญญาว่าจะไม่ถอนการให้คำยินยอม
ทั้งหมดหรือแต่บางส่วน เนื่องแต่จะได้รับคำยินยอมเป็นหนังสือจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

หนังสือยินยอมฉบับนี้ทำขึ้นโดยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง และได้อ่านข้อความและเข้าใจโดยตลอด
แล้วเห็นว่าตรงตามเจตนาจริงของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน อนึ่ง หนังสือนี้ทำขึ้น 2 ฉบับ
มีข้อความตรงกัน ฉบับที่หนึ่งเก็บไว้ที่ (1)..... ส่วนฉบับที่สองเก็บไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด เก็บไว้เป็นหลักฐานด้วยแล้ว

(ลงชื่อ) ผู้ให้คำยินยอมในฐานะผู้กู้

(.....)

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

หมายเหตุ “(1)” หมายถึงข้อส่วนราชการที่ผู้กู้สังกัดหรือมีหน้าที่จ่ายเงินได้

หนังสือให้คำยินยอมแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณะจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

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

- 1. สมาคมผาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณะจังหวัดนครศรีธรรมราช (สสธ.นศ.)
- 2. สมาคมผาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณะสุขไทร (สสธ.)
- 3. สมาคมผาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

พึงจ่าย โดยจ่ายให้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณะจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด เท่ากับจำนวนหนึ่งสิบห้าบาทถ้วน ผูกพันอยู่ในขณะนี้เป็นอันดับแรก ส่วนที่เหลือมอบให้บุคคลที่ระบุไว้ตามหนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับผลประโยชน์

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ "ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ 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
 (.....) (.....)

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกช่อง
เอกสารประกอบ :
<input type="radio"/> 1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการผู้สมัคร <input type="radio"/> 2. สำเนาทะเบียนบ้านผู้สมัคร <input type="radio"/> 3. ใบรับรองแพทย์ของรัฐบาลจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน <input type="radio"/> 4. แบบคำขอรับรองสุขภาพดี <input type="radio"/> 5. สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์ <input type="radio"/> 6. รูปถ่าย ณ วันยื่นเอกสาร <input type="radio"/> 7. หนังสือรับรองการเป็นสมาชิกประเภทสามัญของ สอ. <input type="radio"/> 8. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี) <input type="radio"/> 9. ใบสำคัญการเปลี่ยน ชื่อ-สกุล (ถ้ามี)

สส.ชสอ. ส.1/1 (สามัญ)

สมัครผ่าน
<input type="radio"/> ศูนย์ประสานงาน
<input type="radio"/> ศูนย์ประสานงานระดับจังหวัด
สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม
เลขมาบานกิจ.....
รอบสมัคร...../.....



ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ

สมาคมมาบานกิจสังเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมชนุสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

(1) ข้อมูลสมาชิก :

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/..... เกิด/เดือน/ปี เกิด อายุ ปี

เลขประจำตัวประชาชน เพศ ชาย หญิง

สถานภาพ โสด สมรส คู่สมรสชื่อ หย่า หรือ หม้าย

เป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ เลขที่บันทึก.....

โทรศัพท์มือถือ โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์ที่ทำงาน Email

(2) กลุ่มวิชาชีพของศูนย์ประสานงานที่บันลังกัด :

ครุ สาธารณสุข ทหาร ตำรวจ ราชการ รัฐวิสาหกิจ ประกอบการ

สังกัด หน่วยงาน ตำแหน่ง

(3) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน :

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

(4) ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ :

ชื่อหมู่บ้าน/คอนโด/อื่นๆ บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

(5) การชำระเงิน

(5.1) จำนวนเงินค่าสมัครครั้งแรก ให้เป็นไปตามประกาศของสมาคม

ชำระเป็นเงินสด ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน

(5.2) การชำระเงินสังเคราะห์ล่วงหน้ารายปีครั้งต่อไป โดยให้สหกรณ์หัก ดังนี้

<input type="checkbox"/> ชำระจากเงินปันผล/เฉลี่ยคืน	<input type="checkbox"/> ชำระจากบัญชีโครงการฝากเพื่อสวัสดิการ/เงินฝากในสหกรณ์สมาชิก
<input type="checkbox"/> ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน	<input type="checkbox"/> ชำระเป็นเงินสด
<input type="checkbox"/> ชำระจากการเก็บเงินล่วงหน้า จากเงินกู้สามัญ	<input type="checkbox"/> อื่นๆ

** ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมมาบานกิจสังเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมชนุสหกรณ์ ออมทรัพย์แห่งประเทศไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ รวมไปถึงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลตามกฎหมายข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินกิจการของสมาคมเท่านั้น **

ลงชื่อ ผู้สมัคร
(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว เป็นผู้มีคุณสมบัติ
ในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. รวมทั้งได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร และชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าบำรุง และเงินค่าลงทะเบียนที่ล่วงหน้าครบถ้วน ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สส.ชสอ. เรื่อง การรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการศูนย์ประสานงาน

เรียน นายก สส.ชสอ.

ตรวจสอบแล้วรับรองว่า สมาชิกมีคุณสมบัติครบถ้วนดังต่อ

- เห็นควรรับเป็นสมาชิก สส.ชสอ.
- ไม่ควรรับเป็นสมาชิก สส.ชสอ. เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจเสนอ (แล้วแต่กรณี)
<input type="radio"/> ผู้จัดการ
<input type="radio"/> หัวหน้ากลุ่ม/เลขานุการ ศูนย์ฯ
<input type="radio"/> ประธาน/รองประธาน ศูนย์ฯ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ สส.ชสอ.

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าบำรุง และเงินค่าลงทะเบียนที่ล่วงหน้าครบถ้วน ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สส.ชสอ. เรื่อง การรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. หรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการ สส.ชสอ.

คำสั่ง อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สส.ชสอ. ตั้งแต่วันที่..... (คณะกรรมการ..... คราวประชุมครั้งที่..... เมื่อวันที่.....)

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจเสนอ (แล้วแต่กรณี)
<input type="radio"/> กรรมการ สส.ชสอ.
<input type="radio"/> อุปนายก สส.ชสอ.
<input type="radio"/> นายก สส.ชสอ.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมมานะกิจส่งเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่ _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

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

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์..... เลขทะเบียนสมาชิก.....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์มือถือ

ทำงานประจำในตำแหน่ง สถานที่ทำงาน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน

2. หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิให้

เลขประจำตัวประชาชน เกี่ยวข้องเป็น เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สส.ชสอ. พึงจ่าย หลังจากหักเงินค่าจัดการศพให้บุคคลที่ระบุไว้และ
ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ให้เสร็จสิ้น
เท่ากับจำนวนหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่ในขณะนี้เป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้

3.1 เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เกี่ยวข้องเป็น
เบอร์โทรศัพท์

3.2 เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เกี่ยวข้องเป็น
เบอร์โทรศัพท์

3.3 เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เกี่ยวข้องเป็น
เบอร์โทรศัพท์

3.4 เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เกี่ยวข้องเป็น
เบอร์โทรศัพท์

3.5 เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เกี่ยวข้องเป็น
เบอร์โทรศัพท์

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการ
ใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ) ผู้สมัคร (ลงชื่อ) พยาน

(ลงชื่อ) ผู้จัดการ/จนท.ศูนย์ฯ

(ลงชื่อ) ประธาน/รองประธาน/กรรมการ ศูนย์ฯ

ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคล (ตามข้อบังคับสมาคม หมวด 7 ข้อ 23 และประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมฯ เรื่องวิธีการจ่ายเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัว ข้อ 3) ดังต่อไปนี้

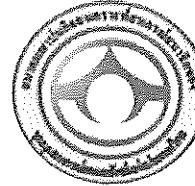
- | | |
|----------------------------------|--|
| 1.1 สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา | 1.4 บุญตา ยาย |
| 1.2 พนงร่วมบิดามารดาเดียวกัน | 1.5 ลุง ป้า น้า อ่า |
| 1.3 พนงร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน | 1.6 ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู |

ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกจะไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯ จ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 1.1 - 1.6 ตามลำดับก่อนหลัง ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯ แบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัวที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลได้ดีให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อนโดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

2.1 ลงชื่อ..... (.....) เกี่ยวข้องเป็น.....	2.4 ลงชื่อ..... (.....) เกี่ยวข้องเป็น.....
2.2 ลงชื่อ..... (.....) เกี่ยวข้องเป็น.....	2.5 ลงชื่อ..... (.....) เกี่ยวข้องเป็น.....
2.3 ลงชื่อ..... (.....) เกี่ยวข้องเป็น.....	2.6 ลงชื่อ..... (.....) เกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ณ วันที่.....



ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / 医師 / แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว..... อายุ..... ปี

วัน/เดือน/ปีเกิด..... เลขบัตรประชาชน □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

ปรากฏว่า นาย / นาง / นางสาว.....

- (1) มีสุขภาพแข็งแรง
- (2) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- (3) ไม่มีจิตพิ亲เพื่อน ไม่สมประกอบ
- (4) ไม่เป็นโรคเหล่านี้

มี มี

(4.1) โรคมะเร็ง ระบุ.....

(4.2) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด ระบุ.....

(4.3) โรควัณโรคในระยะอันตราย ระบุ.....

(4.4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง ระบุ.....

(4.5) โรคปอดเรื้อรัง ระบุ.....

(4.6) โรคตับแข็ง ระบุ.....

(4.7) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ระบุ.....

(4.8) ภาวะไตวาย ระบุ.....

(5) โรคร้ายแรงอื่นๆ ตามที่แพทย์ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

(โปรดประทับตราสถานบริการของรัฐ)

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันขึ้นหนึ่งจากสถานพยาบาลของรัฐ ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) หากพบว่าเป็นโรค ตามข้อ (4),(5) หรือตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย สส.ชสอ. จะไม่รับเป็นสมาชิก

(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่ สส.ชสอ. กำหนดนี้เท่านั้น เพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สส.ชสอ.

เริ่มใช้ตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม 2563 เป็นต้นไป



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

สมาคมผู้ป่วยกิจสังเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของบุนนาคมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่ _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน อายุ _____ ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- 3. ไม่มีจิตพิ亲เพื่อน ไม่สมประกอบ

4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

- | | |
|------------------------------|--|
| (4.1) โรคมะเร็ง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... |
| (4.2) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... |
| (4.3) โรควัณโรคในระยะอันตราย | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... |
| (4.4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... |
| (4.5) โรคเออดส์ | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... |
| (4.6) โรคเอสแอลเอ (SLE) | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... |
| (4.7) โรคตับแข็ง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... |
| (4.8) โรคปอดเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... |
| (4.9) ภาวะไตวาย (ล้างไต) | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... |

5. โรคร้ายแรงอื่นๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่า บันทึกถ้อยคำดังกล่าวที่ได้ให้ไว้ข้างต้น เป็นความสัตย์จริงทุกประการ หากบันทึกถ้อยคำที่ได้แจ้งไว้มิตรงกับความเป็นจริงแล้ว ขอให้ สส.ชสอ. ตัดสิทธิให้ข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติการเป็นสมาชิกได้ตามมติคณะกรรมการ สส.ชสอ. ข้าพเจ้าและผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิและใช้สิทธิใดๆ ในการที่ได้รับเงินสงเคราะห์ตามที่กำหนด เมื่อข้าพเจ้าได้เสียชีวิตตามข้อ (4.1)-(4.9) ทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบเงื่อนไขและข้อกำหนดแล้วว่าภายใน 1 ปีนับแต่ที่ สส.ชสอ. มีมติรับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว หากข้าพเจ้าเสียชีวิตไปก่อนครบกำหนด 1 ปี ทาง สส.ชสอ. จะไม่จ่ายเงินสงเคราะห์ให้ผู้รับเงินสงเคราะห์

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า และข้อมูลอื่นๆ ให้ สส.ชสอ. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ขอรับรองว่าเป็นความสัตย์จริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง (.....)

(ผู้สมัครสมาชิก สส.ชสอ.)

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง (.....)

พยาน (เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน)

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง (.....)

พยาน (ผู้มีสิทธิขอรับเงินสงเคราะห์)



แบบตรวจสอบหลักฐานชุดใบสมัคร สส.ชสอ. (ประเภทสามัญ)

สหกรณ์ออมทรัพย์ รหัส พื้นที่

ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร เลขบัตรประชาชน

วัน/เดือน/ปี เกิด อายุ ปี วันที่สมัคร

เลขประจำกิจ รอบสมัคร วันที่เริ่มเป็นสมาชิก

เอกสารหลักฐานการสมัคร สส.ชสอ. ดังนี้

- 1. ใบสมัครสมาชิก : สส.ชสอ.ส.1/1
- 2. สำหรับเจ้าหน้าที่ กรรมการ ศูนย์ประสานงานและสมาคม : สส.ชสอ.ส.1/2
- 3. หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ : สส.ชสอ.ส.2/1
- 4. ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ที่ได้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้ : สส.ชสอ.ส.2/2
- 5. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- 6. สำเนาบัตรประชาชน หรือ บัตรข้าราชการของผู้สมัคร
- 7. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร
- 8. สำเนาบัตรประชาชน หรือ บัตรข้าราชการของผู้รับเงินสงเคราะห์ จำนวน คน
- 9. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับเงินสงเคราะห์ จำนวน คน
- 10. แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง : สส.ชสอ.ส.5 (30 ก.ย.63)
- 11. ใบรับรองแพทย์ออกโดยโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลของรัฐฉบับจริง (อายุไม่เกิน 30 วัน นับถึงวันที่สมัคร)
- 12. หลักฐานการเป็นสมาชิกประเภทสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด หรือ สส.สท. สส.สก.
- 13. รูปถ่าย ณ วันยื่นเอกสาร ตามแบบฟอร์มที่สมาคมกำหนด
- 14. เอกสารหลักฐานอื่นๆ

เจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ	ผู้พิจารณาคุณสมบัติ
เอกสารหลักฐาน <input type="checkbox"/> ครบถ้วน <input type="checkbox"/> ไม่ครบ อื่นๆ	เอกสารหลักฐาน <input type="checkbox"/> ครบถ้วน <input type="checkbox"/> ไม่ครบ อื่นๆ
(.....) ผู้ตรวจสอบเอกสาร /	(.....) ประธาน,รองประธาน / เหตุญาณ,เลขานุการ / ผู้จัดการ /

หมายเหตุ : โปรดตรวจสอบการกรอกข้อมูลของสมาชิก และเอกสารหลักฐานอย่างละเอียด เพื่อสะดวกในการพิจารณารับสมาชิก และลดข้อโต้แย้งของการขอข้อมูลเพิ่มเติม....ขอบคุณค่ะ ☺