



หนังสือถ่ายเอกสารเพื่อสวัสดิการสมาชิก

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

ทำที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

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

ข้อ 1. ผู้กู้ ขอถ่ายเงินจากผู้ให้กู้ตามวงเงิน เป็นจำนวน 15,000.- บาท (หนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน) ผู้กู้ตกลงจะชำระ
หนี้เป็นงวดรายเดือนภายใต้วันทำการของทุกสิ้นเดือน โดยหักจากเงินได้รายเดือน เงินต้นพร้อมดอกเบี้ยเท่าๆ กันเดือนละ
จำนวน บาท (.....) ส่งชำระคืนภายใน 12 งวด

ข้อ 2. สำหรับปีต่อๆ ไป ผู้กู้ ขอถ่ายเงินจากผู้ให้กู้ ตามสัดส่วนที่สมาคมณาบานกิจสังเคราะห์แต่ละสมาคมเรียกเก็บ
ผู้กู้ตกลงว่า จะชำระหนี้เป็นงวดรายเดือนภายใต้วันทำการของทุกสิ้นเดือน โดยหักจากเงินได้รายเดือน เงินต้นพร้อมดอกเบี้ย
เท่าๆ กัน ส่งชำระคืนภายใน 12 งวด

ข้อ 3. ผู้กู้ขอให้ผู้ให้กู้ หักเงินถ่ายเอกสารเพื่อสวัสดิการสมาชิกโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของสมาชิกที่เปิดไว้กับ¹
สหกรณ์ฯ เพื่อชำระค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าให้สมาคมณาบานกิจสังเคราะห์เป็นรายปี

ข้อ 4. ผู้กู้ยินยอมจ่ายดอกเบี้ย ตามอัตราดอกเบี้ยที่ผู้ให้กู้กำหนด โดยจะจ่ายดอกเบี้ยจากเงินต้นค้างชำระเป็นรายวัน

ข้อ 5. ผู้กู้ยินยอมให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินได้รายเดือนของผู้กู้ หักเงินวดชำระหนี้ของผู้กู้ตามข้อ
1,2 เพื่อส่งให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ข้อ 6. ผู้กู้ทราบและเข้าใจดี ขอยอมรับผูกพันตามข้อบังคับ และระบุเบียบว่าด้วยการให้เงินกู้ฯ ของผู้ให้กู้ที่ได้กำหนด
ขึ้นถือปฏิบัติทุกประการ รวมทั้งหากมีการแก้ไขเพิ่มเติมในภายหลังด้วย ซึ่งผู้ให้กู้ไม่จำเป็นต้องแจ้งให้ผู้กู้ทราบล่วงหน้า

ข้อ 7. หากผู้กู้ผิดนัดชำระหนี้งวดหนึ่งงวดใด ให้ถือว่าผิดนัดชำระทั้งหมด และหมดสภาพการเป็นสมาชิกสมาคม
ณาบานกิจสังเคราะห์ สัญญาภัยเป็นอันถึงกำหนดชำระโดยพลัน ผู้กู้ยินยอมให้ผู้ให้กู้ฟ้องร้องบังคับคดีได้ทันที และผู้กู้ยินยอม
ชดใช้ค่าเสียหายที่ผู้ให้กู้ต้องใช้จ่ายในการดำเนินคดีแก่ผู้ให้กู้โดยครบถ้วน

ข้อ 8. สัญญานี้ให้มีผลบังคับใช้ตลอดไปจนกว่าสมาคมฯ ที่เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข
จังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ผู้กู้ได้อ่านและเข้าใจข้อความในหนังสือถ่ายเงินนี้แล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ณ วันที่ทำหนังสือนี้

สัญญาเดิมเลขที่.....

ตรวจสอบแล้วถูกต้อง

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ประจำหน่วย
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติ
(.....)

ประธาน /รองประธาน /ผู้จัดการ /หรือผู้ที่ได้รับมอบ

(ลงชื่อ) ผู้กู้

(.....)

(ลงชื่อ) ผู้ให้กู้

(.....)

(ลงชื่อ) พยาน

(.....)



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด
หนังสือยินยอมให้ส่วนราชการหักเงินสำหรับหนี้สหกรณ์ออมทรัพย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี

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

ตระกูล/ชื่อ..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

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

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

ข้อ 1. ยินยอมให้หน่วยงานต้นสังกัดและหรือผู้บังคับบัญชาและหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินประจำหน่วยงานที่ข้าพเจ้าสังกัดขณะทำหนังสือนี้และสังกัดที่ย้ายไปประจำการในภายหน้าโปรดหักเงินเดือน ค่าจ้าง เงินบำนาญ เงินบำเหน็จ กบข. เงินบำเหน็จดำรงชีพ และเงินอื่นที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการตามจำนวนที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด แจ้งในแต่ละเดือนให้หักเงินเพื่อส่งชำระหนี้ ชำระค่าหุ้น หรือเงินอื่น แล้วแต่กรณี ให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข จำกัด แทนข้าพเจ้าในทุกเดือน

ข้อ 2. ในกรณีที่ข้าพเจ้าพ้นจากการเป็นข้าราชการ/ลูกจ้าง และมีสิทธิได้รับเงินบำนาญหรือเงินบำเหน็จ กบข. บำเหน็จดำรงชีพหรือเงินอื่นที่พึงได้รับจากทางราชการ ข้าพเจ้ายินยอมให้หน่วยงานต้นสังกัดและหรือผู้บังคับบัญชาและหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินประจำหน่วยงานที่ข้าพเจ้าสังกัดขณะทำหนังสือนี้และสังกัดที่ย้ายไปประจำการในภายหน้าโปรดหักเงินตามจำนวนที่ 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 แล้วเห็นว่าตรงตามเจตนาของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน อนึ่ง หนังสือนี้ทำขึ้น 2 ฉบับ มีข้อความตรงกัน ฉบับที่หนึ่งเก็บไว้ที่ (1)..... ส่วนฉบับที่สองเก็บไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์ สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด เก็บไว้เป็นหลักฐานด้วยแล้ว

(ลงชื่อ) ผู้ให้คำยินยอมในฐานะผู้กู้

(.....)

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

หมายเหตุ “(1)” หมายถึงข้อส่วนราชการที่ผู้กู้สังกัดหรือมีหน้าที่จ่ายเงินได้

หนังสือให้คำยินยอมแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณะสุจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

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

- 1. สมาคมณาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณะสุจังหวัดนครศรีธรรมราช (สสธ.นศ.)
- 2. สมาคมณาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณะสุขไทร (สสธ.)
- 3. สมาคมณาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

พึงจ่าย โดยจ่ายให้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณะสุจังหวัดนครศรีธรรมราช 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
(.....)
(.....)

ເອກສາປະກອບ

- 1. ສໍານານັດຮ້າງກາງທີ່ມີຕົວປະຈາບັນ
- 2. ສໍາເນະເບີນມັນ
- 3. ສໍາເນະເບີນສ່ານ (ດ້ານນີ້)
- 4. ໃນຄໍາຕັ້ງກາງເນື່ອໜ້ອ-ສຸກ (ດ້ານນີ້)
- 5. ໃນບັນຫຼວງແຫຼ່ງມັນຈິງທີ່ສສທ. ກ່າວເທົດ ມີກາງຸ່ນໆເກີນ 30 ວັນ
- 6. ສໍາເນະເບີນທັດແລກຂໍ້ມູນກັບເນື່ອແຜນຄະດີ
- 7. ການເນື້າກີກສັນຕິພາບ ຕ້ອນມີໃນເສົ່າງວັນເນີນແວດສຸດທ້າຍ ທີ່
ໃນບັນຫຼວງຂອງສທກຣີເຕັມສັງກັດ



ໃນເສົ່າງຈັບເງິນ ສສທ. ເລີ່ມທີ່

ເລີ່ມທີ່

ໃນສັນຕິພາບສາມັນ (ວະກິດ)

ສາມາດມາປັນກິຈສົງເຕະກະສາມັກສົກສທກຣີອົມທຣັພຢ໌ສາຫາຣານສຸຂໍໄທ (ສສທ.)

ເປີຍທີ່.....

ວັນທີ..... ເດືອນ..... ພ.ສ.....

ຊັ້າພເຈົ້າ (ນາຍ/ນາງ/ນາງສາວ)..... ອາຍຸ..... ປີ

ເລີ່ມປະຈຳຕົວປະຈາບັນ

ເກີດວັນທີ..... ເດືອນ..... ພ.ສ..... ຜູ້ສົມຮ່ວມ.....

- (1) ສາມັກສົກສົງຂອງສທກຣີອົມທຣັພຢ໌..... ຈຳກັດ ເລີ່ມສາມັກສົກສທກຣີ.....
 ອື່ນໆ (ຮະບູ)

(2) ຕໍາແໜ່ງ..... ຮຶອປົງປົດທັນທີ.....

ສຕາທີ່ປົງປົດທັນ / ຂຶ້ອທ່ຽນງານ.....

ຕຳບລ (ແຂວງ)..... ອຳເກົດ (ເຂົາ).....

ຈັງຫວັດ..... ຮັດໄປປະຕິບັດ.....

ໂກຮັດພົດ (ທີ່ກຳງານ).....

(3) ສຕາທີ່ໂຍ່ງ (ໃນການຈັດສ່າງເອກສາ)

ບັນເລີກທີ່..... ມູນທີ່..... ຊອຍ..... ດັນ.....

ຕຳບລ(ແຂວງ)..... ອຳເກົດ(ເຂົາ)..... ຈັງຫວັດ.....

ຮັດໄປປະຕິບັດ..... ໂກຮັດພົດບັນ..... ໂກຮັດພົດມືອດືອ.....

(4) ການຂໍຮ່າງເງິນ ດັ່ງນີ້

4.1 ການຂໍຮ່າງເງິນຄົງແຮກ

 ຄໍາສັນຕິພາບສາມັກສົກຄົງແຮກ ເປັນເງິນ 20 ບາທ ຄໍາບໍ່ຮ່າງຮ່າງປີ ເປັນເງິນ 20 ບາທ ເງິນສົງເຕະກະລ່ວງທັນ..... 5,500... ບາທ

ຮ່າງເງິນຄົງນີ້ ເປັນເງິນ..... 5,540... ບາທ (ຫ້າພັນຫ້າຮ້ອຍສືບນາທັນ)

4.2 ການຂໍຮ່າງເງິນຄົງຕ່ອງໄປ ຂ້າພເຈົ້າຍືນຍອມໄທ້ທັກແລກຂໍຮ່າງເງິນສົງເຕະກະລ່ວງທັນ ດັ່ງນີ້

 ຂໍຮ່າງເປັນເງິນສົດທີ່ສາມາດ ທີ່ສາມາດຮັດພົດ ຂໍຮ່າງເງິນເຂົ້າບັນຍື້ສາມາດ ຮານາຄາໄທຢາພາດໃຫຍ່ ສາຂາເຕະກວິສົຕັລ ລາຊພຸກງົງ ຂຶ້ອບັນຍື້ ສາມາດມາປັນກິຈ

ສົງເຕະກະສາມັກສົກສທກຣີອົມທຣັພຢ໌ສາຫາຣານສຸຂໍໄທ ປະເທດກະແນວຮ່າງວັນ (Bill Payment Pay- In Slip)

ເລີກທີ່ບັນຍື້ 468-0-39888-5

 ຂໍຮ່າງຈາກເງິນເປັນພລ ເລີ່ມຕົ້ນ ຈາກສທກຣີເຕັມສັງກັດ

ຂ້າພເຈົ້າໄດ້ກຳນົດແລກຂໍ້ມູນ ເຊັ່ນ ສາມັກສົກສທກຣີອົມທຣັພຢ໌ສາຫາຣານສຸຂໍໄທ ແລ້ວ ມີຄວາມປະສົງສົມຄົງເປັນສາມັກ ແລະ ຍິນຍອມປົງປົດຕາມຂໍ້ມູນ

ລົງທຶນ..... ຜູ້ສົມຄົງ.....

(.....)



คำรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก

ผู้รับรองต้องเป็นสมาชิกสมาคมมาปนกิจส่งเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

ข้าพเจ้า..... สมาชิกสมาคมมาปนกิจส่งเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขไทย ทะเบียนเลขประจำตัว..... อายุบ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... โทรศัพท์.....

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

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

สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสธ. และได้แนบหลักฐาน
ประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าส่งเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ ระเบียบ
และประกาศการรับสมัครสมาชิก สสธ. ตามรอบการรับสมัคร หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....
ตำแหน่ง.....

ความเห็นของกรรมการ

- เสนอ เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สสธ.
 ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

กรรมการผู้ได้รับมอบหมาย

ความเห็นสำหรับคณะกรรมการสมาคม สสธ.

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

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- นายกสมาคม สสธ.
 กรรมการ สสธ. ปฏิบัติการแทน
นายกสมาคม สสธ.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



ใบรับรองแพทย์

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก สสสท.

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.....

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

(1) ไม่เป็นผู้มีภัยทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

(2) ไม่มีจิตพิรุณ ไม่สมประกอบ

(3) ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้ ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

(3.1) โรคมะเร็ง ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.2) โรคหัวใจ ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.3) โรควันโรค ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.4) โรคปอดเรื้อรัง ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.6) ภาวะไตวาย(ลังไก) 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 สสสท. 2

ไม่มี มี (ระบุ).....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจันท์หนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
 (2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
 (3) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (3) ให้การสมัครเป็นสมาชิกตกเป็นโมฆะทันที
 (4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็น
 สมาชิก สสสท. โดยเริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป

ถ้อยແແລງແລງໃຫ້ກາຍເຍັນອມຂອງຜູ້ສົມຄຣສາຊີກ ສສທ.



ສສທ. 2

ເບີນທີ..... ວັນທີ..... ເດືອນ..... ພ.ມ.....

ໜ້າພເຈົ້າ ນາຍ/ນາງ/ນາງສາວ.....

ເລຂປະຈຳດ້ວຍປະຊາຊນ □□□□□□□□□□□□□□□□□□ ອາຍຸ..... ປີ

ໜ້າພເຈົ້າຂອ້າໄຫ້ປະວັດສຸກພາພຂອງໜ້າພເຈົ້າເພື່ອປະກອບກາຮສົມຄຣສາຊີກ ສສທ. ດັ່ງນີ້

- 1. ມີສຸກພາແພັ້ນແຮງ
- 2. ໄມເປັນຜູ້ມີກາຍຫຼຸ່ມພລພາພ ຈນໄມ່ສາມາຄປົງບົດຫ້າທີ່ໄດ້
- 3. ໄມມີຈິຕິພື້ນເພື່ອນ ໄມ່ສົມປະກອບ

4. ປະວັດກາຮຮອດຕ່ອໄປນີ້

(4.1) ໂຮມະເງົງ

ໄມ່ມີ ມີ (ຮະບຸ).....

(4.2) ໂຮຄ້ວາໄຈ

ໄມ່ມີ ມີ (ຮະບຸ).....

(4.3) ໂຮຄວັນໂຮຄ

ໄມ່ມີ ມີ (ຮະບຸ).....

(4.4) ໂຮປອດເຮືອຮັງ

ໄມ່ມີ ມີ (ຮະບຸ).....

(4.5) ໂຮບາຫວານຂັ້ນຽນແຮງ

ໄມ່ມີ ມີ (ຮະບຸ).....

(4.6) ກວະໄຕວາຍ(ລ້າງໄຕ)

ໄມ່ມີ ມີ (ຮະບຸ).....

(4.7) ໂຮເອດສີ

ໄມ່ມີ ມີ (ຮະບຸ).....

(4.8) ໂຮຕັບແປັງ

ໄມ່ມີ ມີ (ຮະບຸ).....

(4.9) ໂຮເອສແລລື (SLE)

ໄມ່ມີ ມີ (ຮະບຸ).....

(4.10) ໂຮຮ້າຍແຮງອື່ນໆ ທີ່ຄະນະກາຮເຫັນວ່າອັນຕຽຍ ຕາມປະກາດແນບທ້າຍຂອງ ສສທ. 2

ໄມ່ມີ ມີ (ຮະບຸ).....

ໜ້າພເຈົ້າຂອ້າໄຫ້ຢືນວ່າຄົວຄ້າທີ່ໄດ້ໄວ້ເປັນຄວາມຈົງທຸກປະກາດ ກາຍໜ້າພເຈົ້າແລງຂອງຄວາມອັນເປັນເທົ່າລັວ ໃຫ້ ສສທ. ຕັດສິທິຂອງກາຮເປັນສາຊີກ ສສທ. ຕາມຂໍ້ອັນດັບສາມາດມ ພ.ສ. 2566 ຂໍ້ອ 15(4) ໄດ້ທັນທີ ແລະ ໜ້າພເຈົ້າ ຕລອດທັງທ່າຍທາກຫຼືຜູ້ຮັບເປັນສົງເຄຣະທີ່ຂອງໜ້າພເຈົ້າຈະໄມ່ໄຂອັນສິທິ ແລະ ໃຊ້ສິທິ ໄດ້ ຈະ ແຂວດສະເລືດໃນກາຮທີ່ຈະ ຮັບເປັນສົງເຄຣະທີ່ໂຄບຄົວຄົວເມື່ອໜ້າພເຈົ້າເສີຍໜີວິຕ ຮວມທັງ ໜ້າພເຈົ້າໄມ່ຕິດໄຈທີ່ຈະເຮັດກ່ອງເປັນສົງເຄຣະທີ່ຫຼື ເປັນອື່ນໃຈຈາກ ສສທ. ທັ້ງສັນ ໂດຍໜ້າພເຈົ້າເຍັນອມປົງບົດຕາມຂໍ້ອັນດັບສາມາດທຸກປະກາດ

ໜ້າພເຈົ້າຍັນອມເປີດແຜຍປະວັດສຸກພາພຂອງໜ້າພເຈົ້າ ໂດຍມອບໃຫ້ ສສທ. ຂອປະວັດກາຮຮອດຕ່ອໄປນີ້ ຂອງໜ້າພເຈົ້າ ຈາກສຕານພຍາບາລທີ່ເກີຍວ່າມີໄດ້

ລັງຊື່.....

(.....)

(ຜູ້ສົມຄຣສາຊີກ ສສທ.)

ລັງຊື່.....

(.....)

ພຍານ/ເຈົ້າທີ່ຕູ້ນຍື່ປະສານງານ

ລັງຊື່.....

(.....)

ພຍານ/ຜູ້ມີຂໍ້ອັນເປັນສົງເຄຣະທີ່



ประกาศสมาคมมาปนกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย
เรื่อง กำหนดโรคร้ายแรงอื่น ๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย

เพื่อให้การดำเนินงาน สสสท. และศูนย์ประสานงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ ที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่ 7/2566 ครั้งที่ 4 เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2566 จึงได้มีมติ กำหนดโรคร้ายแรงอื่น ๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย โดยให้ศูนย์ประสานงานถือปฏิบัติ เพื่อให้การ ดำเนินงานของ สสสท. และศูนย์ประสานงานมีความสอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ดังนี้ สสสท. จึงขอความร่วมมือให้ศูนย์ประสานงานทำการประชาสัมพันธ์แจ้งให้ผู้สนใจสมัคร เป็นสมาชิก สสสท. ได้รับทราบและนำไปรับรองแพทย์ (สสสท. 2) ตามแบบฟอร์มที่สมาคมกำหนดเท่านั้น โดยสามารถดาวน์โหลดใบรับรองแพทย์ (สสสท. 2) ได้ที่ www.cpct.or.th และการรับสมัครสมาชิก สสสท. ไม่วันสมัครผู้ที่ป่วยเป็นโรค ๑๐ โรค ตามที่ระบุในรับรองแพทย์ (สสสท. 2) ดังนี้

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

และโรคประจำตัวร้ายแรงอื่น ๆ ๒๐ โรค ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายตามประกาศของ สสสท.
ดังนี้

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

6. โรคซึมเศร้า (DEPRESSIVE DISORDER)
7. โรคไทรอยด์เป็นพิษ (THYROID TOXICOSIS) ที่บังไสสามารถควบคุมให้ไทรอยด์ขอร์โมนอยู่ในเกณฑ์ปกติ
8. โรคชาลัสซีเมีย (THALASSEMIA) ชนิดเมจเจอร์ (Major) ได้แก่ อัลฟาราลัสซีเมียเมจเจอร์ (Alpha Thalassemial Major), เปต้าชาลัสซีเมียเมจเจอร์ (Beta Thalassemial Major), โรคชาลัสซีเมียที่ต้องรับเลือดเป็นประจำ
9. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ที่มีค่าความดันตัวบน (Systolic pressure) ตั้งแต่ 180 ม.m.ป.ร.อ.ขึ้นไป หรือค่าความดันตัวล่าง (Diastolic pressure) ตั้งแต่ 110 ม.m.ป.ร.อ.ขึ้นไป
10. โรคเบาหวาน (DM) ที่มีค่าน้ำตาลสะสม (HbA1c) มากกว่า 8% และค่าน้ำตาลในเลือด (FBS) มากกว่า 180 mg/dl
11. โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B virus infection) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่า ปกติ 2 เท่าขึ้นไป
12. โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (Hepatitis C virus infection) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่า ปกติ 2 เท่าขึ้นไป
13. โรคไขมันพอกตับ (Fatty liver) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่าปกติ 2 เท่าขึ้นไป
14. โรคไขกระดูกผ่อ (Aplastic Anemia)
15. โรคลมชัก (Epilepsy) ที่มีภาวะชัก ในระยะ 1 ปีล่าสุด
16. โรคผิวหนังแข็ง (Scleroderma)
17. โรคไตวายเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 4 ขึ้นไป
18. โรคฮีโนฟิเลีย (HEMOPHILIA)
19. โรคอ้วน (Obesity) ที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 35 ร่วมกับโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง
20. โรคเกล็ดเลือดต่ำจากภูมิคุ้มกัน (ITP : Immune thrombocytopenia)

ทั้งนี้ หากศูนย์ประสานงานไม่มีมูลฐานในการณ์ที่ใบรับรองแพทย์ของผู้สมัครระบุโดยมีประวัติการรักษาด้วยโรคตาม (1) - (9) และโรคประจำตัวร้ายแรงอื่นๆ 20 โรค ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ให้ส่งใบรับรองแพทย์มาให้ สมช. พิจารณาผ่านช่องทาง ไลน์กลุ่มเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน โดย สมช. จะมีองค์กรแพทย์สมาคม ประกอบด้วย นายแพทย์อนุพงษ์ เพ็ญจันทร์ นายแพทย์สมชาย ศรีสมบัติ นายนายแพทย์ชัชวาล ก่อสกุล และนายแพทย์สุชาติ ตันติธรรมัย ซึ่งเป็นที่ปรึกษา อุปนายิก และกรรมการของ สมช. จะเป็นผู้วินิจฉัยว่าสามารถสมัครสมาชิก สมช. ได้หรือไม่

อนึ่ง ในการณ์ที่สมาคมตรวจสอบภายหลังจากการอนุมัติรับเป็นสมาชิกแล้ว พบว่าผู้สมัครหรือสมาชิกทั้งที่บังมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว “มีสุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรง” หรือมีประวัติการรักษาด้วยโรคตามที่ระบุไว้ในใบรับรองแพทย์หรือโรคอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายมาก่อนการสมัคร สมช. จะถือว่าผู้สมัครหรือสมาชิกภายนั้น ขาดคุณสมบัติตามข้อบังคับ พ.ศ. 2566 ข้อ 10.1 (4) และข้อ 10.2 (8)

ซึ่งจะถือว่าการสมัครเป็นโเมจจะดังแต่วันรับสมัครทันที ทั้งนี้ ผู้สมัครหรือสมาชิกรายนั้นจะไม่มีสิทธิ์ได้รับเงิน
สงเคราะห์ครอบครัวไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น

ประกาศ ณ วันที่ 29 พฤษภาคม 2566 เป็นต้นไป

A handwritten signature in black ink, appearing to read "มหะสา นุยุครีม"

(ดร.มหาสา นุยุครีมพีชัย)

นายกสมาคมพาปันกิจสงเคราะห์

สมาคมสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย



หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์

สมาคมสามปันกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

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

สมาคมสามปันกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย เลขทะเบียนที่.....

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

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

โทรศัพท์..... มือถือ.....

1. สถานภาพ

โสด สมรส คู่สมรสชื่อ..... หย่า หรือ หม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สสท. พึงจ่าย ให้ผู้จัดการศพข้าพเจ้า

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

ส่วนที่เหลือมอบให้นุคคล ดังต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ คือ

2.1..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

2.2..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

2.3..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

2.4..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

2.5..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

โดยมีเงื่อนไขดังนี้ ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆกัน

อื่นๆระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ผู้สมัครสมาชิก สสท.

(ลงชื่อ)..... พยาน

(.....)

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ สสท.

(.....)

**หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมมาปันกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสธ.)**

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน

เลขที่ ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ซอย..... ถนน..... ตำบล(แขวง)..... อำเภอ(เขต).....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....
 ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์ออมทรัพย์.....
 จำกัด...หรือ..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน

เลขที่ ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ซอย..... ถนน..... ตำบล(แขวง)..... อำเภอ(เขต).....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....
 เป็นผู้() รับเงินค่าจัดการคพ () รับเงินสงเคราะห์() อื่นๆ ที่พึงได้รับ¹
 แทนข้าพเจ้าเพื่อนำเงินดังกล่าวชำระหนี้ของ..... ที่มีต่อ
 สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด จนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้
 เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
 (.....)

(ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
 (.....)

บัตรประชาชน.เลขที่..... บัตรประชาชน.เลขที่.....

(ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
 (.....)

บัตรประชาชน.เลขที่..... บัตรประชาชน.เลขที่.....

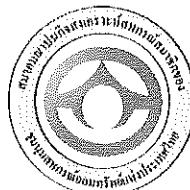
(ลงชื่อ) ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจ
 (.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจจริงและได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

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

เอกสารประกอบ :

- 1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการรัฐวิสาหกิจ
- 2. สำเนาทะเบียนบ้านผู้สมัคร
- 3. ใบรับรองแพทย์ของรัฐบาลจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- 4. แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง
- 5. สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านผู้รับเงินลงทะเบียน
- 6. รูปถ่าย ณ วันยื่นเอกสาร
- 7. พ้นสืบต่อรองการเป็นสมาชิกประจำสามัญของ สส.
- 8. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- 9. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)



สมัครผ่าน

- ศูนย์ประสานงาน
- ศูนย์ประสานงานระดับจังหวัด

สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม

เลขมาบบกิจ.....
รอบสมัคร...../.....

ใบสมัครสมาชิก ประจำสามัญ

สมาคมมาบบกิจสังเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

(1) ข้อมูลสมาชิก :

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

เลขประจำตัวประชาชน เพศ ชาย หญิงสถานภาพ โสด สมรส คู่สมรสชื่อ หย่า หรือ หม้าย

เป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ เลขทะเบียนสมาชิก

โทรศัพท์มือถือ โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์ที่ทำงาน Email

(2) กลุ่มวิชาชีพของศูนย์ประสานงานต้นสังกัด :

 ครู 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) การชำระเงินส่วนต่อไป โดยให้สหกรณ์หัก ดังนี้

<input type="checkbox"/> ชำระจากเงินปันผล/ผลประโยชน์	<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 สมาคมมาบบกิจสังเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมชนสหกรณ์ ออมทรัพย์แห่งประเทศไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ รวมไปถึงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลตามกฎหมายข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินกิจการของสมาคมเท่านั้น **

ลงชื่อ
(.....) ผู้สมัคร

สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

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

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการศูนย์ประสานงาน

เรียน นายก สส.ช.สอ.

ตรวจสอบแล้วรับรองว่า สมาชิกมีคุณสมบัติครบถ้วนดัง

- เห็นควรรับเป็นสมาชิก สส.ช.สอ.
- ไม่ควรรับเป็นสมาชิก สส.ช.สอ. เนื่องจาก.....

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

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ สส.ช.สอ.

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.ช.สอ. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พึงยอมชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าบำรุง และเงินค่าลงทะเบียนที่ล่วงหน้าครบถ้วน ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สส.ช.สอ. เรื่อง การรับสมัครสมาชิก สส.ช.สอ. หรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการ สส.ช.สอ.

คำสั่ง อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สส.ช.สอ. ตั้งแต่วันที่.....

(คณะกรรมการ..... คราวประชุมครั้งที่..... เมื่อวันที่.....)

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

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

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมมานาคมกิจส่งเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (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
หากบังจำนานหนึ่งเดือนที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้

3.1 เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์..... เกี่ยวข้องเป็น.....

3.2 เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์..... เกี่ยวข้องเป็น.....

3.3 เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์..... เกี่ยวข้องเป็น.....

3.4 เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์..... เกี่ยวข้องเป็น.....

3.5 เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์..... เกี่ยวข้องเป็น.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ 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

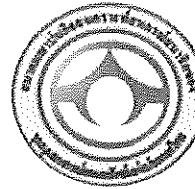
- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1.1 สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา | 1.4 บุํ ย่า ตา ยาย |
| 1.2 พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน | 1.5 ลุง ป้า น้า อ่า |
| 1.3 พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน | 1.6 ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู |

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

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอมให้สหกรณ์อมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อนโดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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.....
ผู้สมัคร
(.....)
ณ วันที่.....



ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / 医師姓名.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

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

วัน/เดือน/ปีเกิด..... เลขบัตรประชาชน

ปรากฏว่า นาย / นาง / นางสาว.....

- (1) มีสุขภาพแข็งแรง
- (2) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- (3) ไม่มีจิตฟื้นเฟือน ไม่สมประกอบ
- (4) ไม่เป็นโรคเหล่านี้

	ไม่มี	มี	
(4.1) โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
(4.2) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
(4.3) โรควันโรคในระยะอันตราย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
(4.4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
(4.5) โรคปอดเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
(4.6) โรคตับแข็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
(4.7) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
(4.8) ภาวะไตวาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....

(5) โรครายแรงอื่นๆ ตามที่แพทย์ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

(โปรดประทับตราสถานบริการของรัฐ)

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนบ้านบ้านที่มีความสามารถของรัฐ ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ได้ไม่เกิน 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

สมาคมมาปนกิจสังเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน อายุ..... ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- 2. ไม่เป็นผู้มีภัยทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- 3. ไม่มีจิตฟันเฟือง 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) โรคเอเดส์	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....
(4.6) โรคอสแอลลี (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 หากบันทึกถ้อยคำที่ได้แจ้งไว้ไม่ตรงกับความเป็นจริงแล้ว 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 และข้อมูล個人資訊ให้ สส.ชสอ. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้า จากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ขอรับรองว่าเป็นความสัตย์จริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง (.....)

(ผู้สมัครสมาชิก สส.ชสอ.)

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง (.....)

พยาน (เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน)

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง (.....)

พยาน (ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)



แบบตรวจสอบหลักฐานชุดใบสมัคร สส.ชสอ. (ประเภทสามัญ)

สหกรณ์ออมทรัพย์ รหัส พื้นที่

ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร เลขบัตรประชาชน

วัน/เดือน/ปี เกิด อายุ ปี วันที่สมัคร

เลขประจำบ้านกิจ 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. ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ให้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้ : 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. แบบคำรับรองสุขภาพดุณเอง : สส.ชสอ.ส.5 (30 ก.ย.63)
- 11. ใบรับรองแพทย์ออกโดยโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลของรัฐอุบัติ (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 / เที่ยญญิก,เลขานุการ / ผู้จัดการ /

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