



หนังสือกู้สามัญเพื่อสวัสดิการสมาชิก

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

ทำที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ข้อ 1. ผู้กู้ ขอกู้เงินจากผู้ให้กู้ตามวงเงิน เป็นจำนวน 15,000.- บาท (หนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน) ผู้กู้ตกลงว่าจะชำระหนี้เป็นงวดรายเดือนภายในวันทำการของทุกสิ้นเดือน โดยหักจากเงินได้รายเดือน เงินต้นพร้อมดอกเบี้ยเท่าๆ กันเดือนละจำนวน 1,060.- บาท (หนึ่งพันหกสิบบาทถ้วน) ส่งชำระคืนภายใน 12 งวด

ข้อ 2. สำหรับปีต่อไป ผู้กู้ ขอกู้เงินจากผู้ให้กู้ ตามสัดส่วนที่สมาคมฯ ปกป้องเคราะห้แต่ละสมาคมเรียกเก็บ ผู้กู้ตกลงว่า จะชำระหนี้เป็นงวดรายเดือนภายในวันทำการของทุกสิ้นเดือน โดยหักจากเงินได้รายเดือน เงินต้นพร้อมดอกเบี้ยเท่าๆ กัน ส่งชำระคืนภายใน 12 งวด

ข้อ 3. ผู้กู้ขอให้ผู้ให้กู้ หักเงินกู้สามัญเพื่อสวัสดิการสมาชิกโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของสมาชิกที่เปิดไว้กับสหกรณ์ฯ เพื่อชำระค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าให้สมาคมฯ ปกป้องเคราะห้เป็นรายปี

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 ปกป้องเคราะห้ สัญญาเป็นอันถึงกำหนดชำระโดยพลัน ผู้กู้ยินยอมให้ผู้ให้กู้ฟ้องร้องบังคับคดีได้ทันที และผู้กู้ยินยอมชดเชยค่าเสียหายที่ผู้ให้กู้ต้องใช้จ่ายไปในการดำเนินคดีแก่ผู้ให้กู้โดยครบถ้วน

ข้อ 8. สัญญานี้ให้มีผลบังคับใช้ตลอดไปจนกว่าสมาชิกสิ้นสุดสภาพจากการเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ผู้กู้ได้อ่านและเข้าใจข้อความในหนังสือกู้เงินนี้แล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ณ วันที่ทำหนังสือนี้

สัญญาเดิมเลขที่.....

ตรวจแล้วถูกต้อง

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ประจำหน่วย

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติ

(.....)

ประธาน /รองประธาน /ผู้จัดการ /หรือผู้ที่ได้รับมอบ

(ลงชื่อ)ผู้กู้

(.....)

(ลงชื่อ)ผู้ให้กู้

(.....)

(ลงชื่อ)พยาน

(.....)



สภากรมออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด
หนังสือยินยอมให้ส่วนราชการหักเงินชำระหนี้สภากรมออมทรัพย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

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

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

และเป็นสมาชิกสภากรมออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก.....ขอให้ความ
ยินยอมไว้เป็นหนังสือตามพระราชบัญญัติสภากรม พ.ศ.2542 มาตรา 42/1 ดังข้อความต่อไปนี้

ข้อ 1. ยินยอมให้หน่วยงานต้นสังกัดและหรือผู้บังคับบัญชาและหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินประจำหน่วยงาน
ที่ข้าพเจ้าสังกัดขณะทำหนังสือนี้และสังกัดที่ย้ายไปประจำการในภายหน้าโปรดหักเงินเดือน ค่าจ้าง เงินบำนาญ เงิน
บำเหน็จ กบข. เงินบำเหน็จดำรงชีพ และเงินอื่นที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการตามจำนวนที่สภากรมออมทรัพย์
สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด แจ้งในแต่ละเดือนให้หักเงินเพื่อส่งชำระหนี้ ชำระค่าหุ้น หรือเงินอื่น แล้วแต่กรณี
ให้แก่สภากรมออมทรัพย์สาธารณสุข จำกัด แทนข้าพเจ้าในทุกเดือน

ข้อ 2. ในกรณีที่ข้าพเจ้าพ้นจากการเป็นข้าราชการ/ลูกจ้าง และมีสิทธิได้รับเงินบำนาญหรือเงินบำเหน็จ
กบข. บำเหน็จดำรงชีพหรือเงินอื่นที่พึงได้รับจากทางราชการ ข้าพเจ้ายินยอมให้หน่วยงานต้นสังกัดและหรือผู้บังคับบัญชา
และหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินประจำหน่วยงานที่ข้าพเจ้าสังกัดขณะทำหนังสือนี้และสังกัดที่ย้ายไปประจำการในภายหน้า
โปรดหักเงินตามจำนวนที่ สภากรมออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด แจ้งและส่งเงินจำนวนนั้นให้
สภากรมออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด แทนข้าพเจ้า

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

ข้อ 4. หนังสือยินยอมนี้ให้มีผลตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป และข้าพเจ้าสัญญาว่าจะไม่ถอนการให้คำยินยอม
ทั้งหมดหรือแต่บางส่วน เว้นแต่จะได้รับคำยินยอมเป็นหนังสือจากสภากรมออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

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

(ลงชื่อ)ผู้ให้คำยินยอมในฐานะผู้กู้

(.....)

(ลงชื่อ)เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

หมายเหตุ “(1)” หมายถึงชื่อส่วนราชการที่ผู้กู้สังกัดหรือมีหน้าที่จ่ายเงินได้

(แก้ไขแบบฟอร์มตามมติคณะกรรมการดำเนินการ ครั้งที่ 8/2565 วันที่ 25 สิงหาคม 2565)

หนังสือให้คำยินยอมแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า (ผู้รับเงินสงเคราะห์) ขอให้คำยินยอมแสดงเจตนาการรับผลประโยชน์จากเงินสงเคราะห์ที่

นาย/นาง/นางสาว..... สมาชิกสหกรณ์เลขที่.....ที่พึงได้รับจาก

(ชื่อผู้สมัคร)

- ☐ 1. สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช (สส.นศ.)
- ☐ 2. สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสท.)
- ☐ 3. สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

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

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ 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 มีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับผลประโยชน์



ใบสมัครสมาชิก

สมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช (สสธ.นศ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

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

- (1) ☐ สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด เลขที่.....
☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

- (2) ดำรงตำแหน่ง.....หรือปฏิบัติหน้าที่.....
สถานที่ปฏิบัติงาน/ชื่อหน่วยงาน.....
ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....

- (3) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

- (4) การชำระเงิน ดังนี้
- | | |
|---|--|
| ☐ ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก | เป็นเงิน 100.- บาท |
| ☐ ค่าบำรุงรายปี | เป็นเงิน 50.- บาท |
| ☐ เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า | เป็นเงิน 500.- บาท |
| รวมชำระเงินครั้งนี้ | เป็นเงิน 650.- บาท (หกร้อยห้าสิบบาทถ้วน) |

- ☐ ชำระจากการเพิ่มเงินกู้สวัสดิการสมาชิก

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกและยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าว ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)



สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้วรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสธ.นศ. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ และระเบียบสมาคม ฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ประกาศ สสธ.นศ. เรื่องการรับสมัครสมาชิก สสธ.นศ. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่

สำหรับคณะกรรมการ

คำสั่ง ☐ อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสธ.นศ. ตั้งแต่วันที่.....

(คราวประชุมเมื่อวันที่)

☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ(แล้วแต่กรณี)

☐ นายก สสธ.นศ.

☐ ประธาน สอ.....

☐ ผู้จัดการ สอ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....ได้ทำการตรวจร่างกาย

นาย / นาง / นางสาว.....อายุ.....ปี ปรากฏว่า

นาย / นาง / นางสาว.....

ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบและปราศจากโรคเหล่านี้

- (1) โรคหัวใจ
- (2) โรควัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
- (4) โรคมะเร็งในระยะอันตราย
- (5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- (6) โรคอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ดังนี้.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) แพทย์สรุปความเห็นว่าเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ หรืออื่นๆ ระบุโรค.....

(3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(4) หากพบว่าเป็นโรคตาม (1) – (5) หรือโรคอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย สมาคมฯ จะไม่รับเป็นสมาชิก

(5) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนดนั้นเท่านั้น เพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สสธ.นศ.

เริ่มใช้ตั้งแต่ วันที่ 29 มิถุนายน 2560 เป็นต้นไป

เรียน นายกสมาคมฯ ปณิกกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บตาม (1) – (5)

หากข้าพเจ้ารู้อยู่แล้วละเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อความนั้นเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ สสธ.นศ.

ใช้สิทธิตัดรายชื่อนี้พ้นสภาพ สสธ.นศ. ตามข้อบังคับ ข้อ 9. (4) และ 14 (4) ได้

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ..... (ผู้สมัครสมาชิก สสธ.นศ.)

(.....)



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับผลประโยชน์
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด เลขที่ทะเบียน.....สังกัดหน่วย.....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

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

โทรศัพท์.....มือถือ.....ทำงานประจำในตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

1.สถานภาพ

☐ โสด

☐ สมรส คู่สมรสชื่อ.....

☐ หย่า หรือ หม้าย

2.ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับผลประโยชน์จากเงินสงเคราะห์ที่ สสธ.นศ. พึงจ่าย โดยจ่ายให้กับสหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด เท่ากับจำนวนหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก ส่วนที่เหลือมอบให้
บุคคล ดังต่อไปนี้

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

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

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

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

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

โดยระบุให้บุคคลผู้รับผลประโยชน์ ลำดับที่ ชื่อ - สกุลเป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า
มีเงื่อนไข ดังนี้ ☐ ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว ☐ ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆ กัน ☐ อื่นๆ ระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ
ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

3.ข้าพเจ้าในฐานะสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ยินยอมให้
ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินเดือน หักเงินที่เกี่ยวข้องกับการนี้และเงินสงเคราะห์ศพหรือสงเคราะห์ศพล่วงหน้าตามที่
เรียกเก็บ ตั้งแต่วันที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีฯ จำกัด ให้กู้เพื่อจ่ายให้ สสธ.นศ. เป็นต้นไป

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(ลงชื่อ).....พยาน

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ สสธ.นศ.

(ลงชื่อ).....ผู้มีอำนาจลงนาม

เอกสารประกอบ

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



ใบเสร็จรับเงิน สสธท. เล่มที่

เลขที่

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ (วาระปกติ)

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสธท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน

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

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

2 ประกอบอาชีพ

2.1 ☐ รับราชการ ดังนี้(1) ☐ ข้าราชการ ตำแหน่ง (ระบุ)(2) ☐ พนักงานราชการ ตำแหน่ง (ระบุ)(3) ☐ ลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง (ระบุ)(4) ☐ พกส. / ลูกจ้างชั่วคราว ตำแหน่ง (ระบุ)(5) ☐ อื่นๆ ระบุ2.2 ☐ ข้าราชการบำนาญ ☐ บำเหน็จ ☐ บำเหน็จรายเดือน2.3 ☐ เจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์ ตำแหน่ง (ระบุ)

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

☐ ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 20 บาท☐ ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 20 บาท☐ เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า.....5,600... บาท

รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน.....5,640....บาท (ห้าพันหกร้อยสี่สิบบาทถ้วน)

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ และเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ตำแหน่ง.....



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



ถ้อยแถลงและให้การยินยอมของผู้สมัครสมาชิก สสท.

สสท. 2

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

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

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สสท. ดังนี้

- ☐ 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- ☐ 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- ☐ 3. ไม่มีจิตพั่นเพื่อน ไม่สมประกอบ

4.ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

- | | |
|---|--|
| (4.1) โรคมะเร็ง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.2) โรคหัวใจ | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.3) โรคฉี่หนู | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.4) โรคปอดเรื้อรัง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.5) โรคเบาหวานขึ้นรุนแรง | ☐ 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 สสท. 2 | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |

ข้าพเจ้ายืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้ว ให้ สสท. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิก สสท. ตามข้อบังคับสมาคม พ.ศ. 2567 ข้อ 15(4) ได้ทันที และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใด ๆ และขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้ง ข้าพเจ้าไม่ตั้งใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจาก สสท. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคมทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ สสท. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....

(.....)

(ผู้สมัครสมาชิก สสท.)

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์



**หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

สมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย เลขทะเบียนที่.....

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

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

โทรศัพท์.....มือถือ.....

1. สถานภาพ

☐ โสด ☐ สมรส คู่สมรสชื่อ..... ☐ หย่า หรือ หม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สสรท. 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 ห้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ผู้สมัครสมาชิก สสรท.

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ สสรท.

(.....)

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ :

☐ 1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการผู้สมัคร

☐ 2. สำเนาทะเบียนบ้านผู้สมัคร

☐ 3. ใบรับรองแพทย์ของรัฐบาลรับรอง มีอายุไม่เกิน 30 วัน

☐ 4. แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

☐ 5. สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์

☐ 6. รูปถ่าย ณ วันยื่นเอกสาร

☐ 7. หนังสือรับรองการเป็นสมาชิกประเภทสามัญของ สอ.

☐ 8. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)

☐ 9. ใบสำคัญการเปลี่ยน ชื่อ-สกุล (ถ้ามี)



สส.ชสอ. ส.1/1 (สามัญ)

สมัครผ่าน
☐ ศูนย์ประสานงาน
☐ ศูนย์ประสานงานระดับจังหวัด
สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม
เลขมาปนกิจ.....
รอบสมัคร...../.....

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ

สมาคมมาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (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..... เลขทะเบียนสมาชิก.....

โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์ที่ทำงาน..... Email.....

(2) กลุ่มวิชาชีพของศูนย์ประสานงานต้นสังกัด :

☐ ครู ☐ สาธารณสุข ☐ ทหาร ☐ ตำรวจ ☐ ราชการ ☐ รัฐวิสาหกิจ ☐ ประกอบการ

สังกัด..... หน่วยงาน..... ดำรงตำแหน่ง.....

(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) การชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้ารายปีครั้งต่อไป โดยให้สหกรณ์หัก ดังนี้

☐ ชำระจากเงินปันผล, เลี้ยคิน ☐ ชำระจากบัญชีโครงการฝากเพื่อสวัสดิการ/เงินฝากในสหกรณ์สมาชิก

☐ ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน ☐ ชำระเป็นเงินสด

☐ ชำระจากการเก็บเงินล่วงหน้า จากเงินกู้สามัญ ☐ อื่นๆ

**** ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ตรงตามโปรแกรมมาปนกิจของสมาคม และตรงกับประกาศของสมาคมหากไม่ตรงกัน ข้าพเจ้าขอยินยอมว่าการสมัครสมาชิกครั้งนี้เป็นโมฆะ ****

**** ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมมาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ ออมทรัพย์แห่งประเทศไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ รวมไปถึงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลตามกฎหมายข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินการของสมาคมเท่านั้น ****

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....เป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. รวมทั้งได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร และชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าบำรุง และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าครบถ้วน ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สส.ชสอ. เรื่อง การรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. หรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการศูนย์ประสานงาน

เรียน นายก สส.ชสอ.

ตรวจสอบแล้วรับรองว่า สมาชิกมีคุณสมบัติครบถูกต้อง

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

ผู้มีอำนาจเสนอ (แล้วแต่กรณี)

- ☐ ผู้จัดการ
- ☐ เภรณิก/เลขานุการ ศูนย์ฯ
- ☐ ประธาน/รองประธาน ศูนย์ฯ

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ สส.ชสอ.

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าบำรุง และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าครบถ้วน 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)

- ☐ กรรมการ สส.ชสอ.
- ☐ อุปนายก สส.ชสอ.
- ☐ นายก สส.ชสอ.

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (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

เท่ากับจำนวนหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก (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 ช่มชู้ หรือกระทำการ
ใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(ลงชื่อ).....พยาน

(ลงชื่อ).....ผู้จัดการ/จนท.ศูนย์ฯ

(ลงชื่อ).....ประธาน/รองประธาน/กรรมการ ศูนย์ฯ

ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ให้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้

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

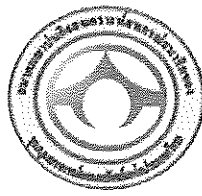
- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1.1 สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา | 1.4 ปู่ ย่า ตา ยาย |
| 1.2 พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน | 1.5 หลง ป้า น้า อา |
| 1.3 พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน | 1.6 ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู |

ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯ จ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 1.1 - 1.6 ตามลำดับก่อนหลัง ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯ แบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัวที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

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.....ผู้สมัคร
 (.....)
 ณ วันที่.....



ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

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

วัน/เดือน/ปีเกิด.....เลขบัตรประชาชน

ปรากฏว่า นาย / นาง / นางสาว.....

☐ (1) มีสุขภาพแข็งแรง

☐ (2) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

☐ (3) ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ

(4) ไม่เป็นโรคเหล่านี้

(4.1) โรคเมรัย

ไม่มี มี

☐ ☐

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) โรคภัยแรงอื่นๆ ตามที่แพทย์ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

(โปรดประทับตราสถานบริการของรัฐ)

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งจากสถานพยาบาลของรัฐ 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

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภากาชาดสมาชิกของชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน - อายุ..... ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. ดังนี้

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

4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

- | | | |
|------------------------------|--|-----------|
| (4.1) โรคมะเร็ง | ☐ ไม่มี ☐ มี | ระบุ..... |
| (4.2) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด | ☐ ไม่มี ☐ มี | ระบุ..... |
| (4.3) โรคหัวใจในระยยะอันตราย | ☐ ไม่มี ☐ มี | ระบุ..... |
| (4.4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | ☐ ไม่มี ☐ มี | ระบุ..... |
| (4.5) โรคเอดส์ | ☐ ไม่มี ☐ มี | ระบุ..... |
| (4.6) โรคเอสแอลอี (SLE) | ☐ ไม่มี ☐ มี | ระบุ..... |
| (4.7) โรคตับแข็ง | ☐ ไม่มี ☐ มี | ระบุ..... |
| (4.8) โรคปอดเรื้อรัง | ☐ ไม่มี ☐ มี | ระบุ..... |
| (4.9) ภาวะไตวาย (ล้างไต) | ☐ ไม่มี ☐ มี | ระบุ..... |

5. โรคร้ายแรงอื่นๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่า บันทึกถ้อยคำดังกล่าวที่ได้ให้ไว้ข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ หากบันทึกถ้อยคำที่ได้แจ้งไว้ไม่ตรงกับความเป็นจริงแล้ว ขอให้ สส.ชสอ. ตัดสิทธิให้ข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติการเป็นสมาชิกได้ตามมติคณะกรรมการ สส.ชสอ. ข้าพเจ้าและผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิและใช้สิทธิใดๆ ในการที่ได้รับเงินสงเคราะห์ตามที่กำหนด เมื่อข้าพเจ้าได้เสียชีวิตตามประกาศของสมาคมฯ ที่ 17/2563 เรื่องการกำหนดโรคที่ไม่รับเป็นสมาชิก สส.ชสอ. ลงวันที่ 30 กันยายน 2563 และตามแบบคำรับรองสุขภาพตนเอง ตามข้อ (4.1)-(4.9) ทั้งสิ้น

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

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า และขอมอบอำนาจให้ สส.ชสอ. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ 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.....

เลขมาปนกิจ.....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. ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้ : สส.ชสอ.ส.2/2
- ☐ 5. สำเนาใบสำคัญแสดงการจดทะเบียนสมรส (กรณีคู่สมรสเป็นผู้รับเงินสงเคราะห์)
- ☐ 6. สำเนาบัตรประชาชน หรือ บัตรข้าราชการของผู้สมัคร
- ☐ 7. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร
- ☐ 8. สำเนาบัตรประชาชน หรือ บัตรข้าราชการของผู้รับเงินสงเคราะห์ จำนวน.....คน
- ☐ 9. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับเงินสงเคราะห์ จำนวน.....คน
- ☐ 10. แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง : สส.ชสอ.ส.5 (1 ก.ย. 67)
- ☐ 11. ใบรับรองแพทย์ออกโดยโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลของรัฐฉบับจริง (อายุไม่เกิน 30 วัน นับถึงวันที่สมัคร)
- ☐ 12. หลักฐานการเป็นสมาชิกประเภทสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด หรือ สส.สท. สส.สก.
- ☐ 13. รูปถ่าย ณ วันยื่นเอกสาร ตามแบบฟอร์มที่สมาคมกำหนด
- ☐ 14. เอกสารหลักฐานอื่นๆ.....

เจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ	ผู้พิจารณาคุณสมบัติ
เอกสารหลักฐาน ☐ ครบถ้วน ☐ ไม่ครบ อื่นๆ..... (.....) ผู้ตรวจสอบเอกสาร/...../.....	เอกสารหลักฐาน ☐ ครบถ้วน ☐ ไม่ครบ อื่นๆ..... (.....) ประธาน,รองประธาน / เหนรัญญิก,เลขานุการ / ผู้จัดการ/...../.....