



หนังสือถูกสัมภูมิเพื่อสวัสดิการสมาชิก

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

ทำที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด
เลขที่เบียนที่..... ตำแหน่ง..... เงินเดือน..... บาท สังกัดหน่วยงาน.....
สำเนา..... จังหวัด..... โทร..... ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “ผู้กู้” ได้ทำหนังสือถูกสัมภูมิเงินไว้
ให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “ผู้ให้กู้” เพื่อเป็นหลักฐานดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ผู้กู้ ขอถูกเงินจากผู้ให้กู้ตามวงเงิน เป็นจำนวน 6,900.- บาท (หกพันเก้าร้อยบาทถ้วน) ผู้กู้ตกลงว่าจะชำระหนี้
เป็นวงรายเดือนภายใต้วันทำการของทุกสิ้นเดือน โดยหักจากเงินได้รายเดือน เงินต้นพร้อมดอกเบี้ยเท่าๆ กันเดือนละจำนวน
600.- บาท (หกร้อยบาทถ้วน) ส่งชำระคืนภายใน 12 งวด

ข้อ 2. สำหรับปีต่อๆ ไป ผู้กู้ ขอถูกเงินจากผู้ให้กู้ ตามสัดส่วนที่กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขไทย (กสธ.) เรียกเก็บ ผู้กู้ตกลงว่า จะชำระหนี้เป็นวงรายเดือนภายใต้วันทำการของทุกสิ้นเดือน โดยหักจาก
เงินได้รายเดือน เงินต้นพร้อมดอกเบี้ยเท่าๆ กัน ส่งชำระคืนภายใน 12 งวด

ข้อ 3. ผู้กู้ขอให้ผู้ให้กู้ หักเงินถูกสัมภูมิเพื่อสวัสดิการสมาชิกโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของสมาชิกที่เปิดไว้กับ^{กับ}
สหกรณ์ฯ เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันให้กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธ.) เป็นรายปี

ข้อ 4. ผู้กู้ยินยอมจ่ายดอกเบี้ย ตามอัตราดอกเบี้ยที่ผู้ให้กู้กำหนด โดยจะจ่ายดอกเบี้ยจากเงินต้นค้างชำระเป็นรายวัน

ข้อ 5. ผู้กู้ยินยอมให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินได้รายเดือนของผู้กู้ หักเงินวงเดือนหนึ่งของผู้กู้ตามข้อ
1,2 เพื่อส่งให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ข้อ 6. ผู้กู้ทราบและเข้าใจดี อยู่ในสภาพทางการเงินดี ไม่ใช่บุคคลที่ขาดความสามารถในการดูแลตัวเอง ของผู้ให้กู้ที่ได้กำหนด
ขึ้นมาอย่างถูกต้องตามกฎหมาย รวมทั้งหากมีการแก้ไขเพิ่มเติมในภายหลัง ซึ่งผู้ให้กู้ไม่จำเป็นต้องแจ้งให้ผู้กู้ทราบล่วงหน้า

ข้อ 7. หากผู้กู้ผิดนัดชำระหนี้งวดหนึ่งงวดใด ให้ถือว่าผิดนัดชำระหนี้งวดหนึ่งงวด แต่หากสามารถชำระหนี้งวดหนึ่งงวดได้
แล้ว ไม่ต้องถือว่าผิดนัดชำระหนี้งวดหนึ่งงวด ผู้กู้ยินยอมให้ผู้ให้กู้ฟ้องร้องบังคับคดีได้ทันที และผู้กู้ยินยอมชดใช้ค่าเสียหายที่ผู้ให้กู้ต้องใช้จ่ายในการดำเนินคดีแก่ผู้ให้กู้โดยครบถ้วน

ข้อ 8. สัญญานี้ให้มีผลบังคับใช้ตลอดไปจนกว่าสมาชิกสิ้นสภาพจากการเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข
จังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ผู้กู้ได้อ่านและเข้าใจข้อความในหนังสือถูกสัมภูมินี้แล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ณ วันที่ทำหนังสือนี้

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

(ลงชื่อ) ผู้กู้

(.....)

(ลงชื่อ) ผู้ให้กู้

(.....)

(ลงชื่อ) พยาน

(.....)



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด
หนังสือยินยอมให้ส่วนราชการหักเงินชำระหนี้สหกรณ์ออมทรัพย์

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี

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

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

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

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

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

ข้อ 2. ในกรณีที่ข้าพเจ้าพ้นจากการเป็นข้าราชการ/ลูกจ้าง และมีสิทธิได้รับเงินบำนาญหรือเงินบำเหน็จ
กบช. บำเหน็จดำรงชีพหรือเงินอื่นที่พึงได้รับจากทางราชการ ข้าพเจ้ายินยอมให้หน่วยงานต้นสังกัดและหรือผู้บังคับบัญชา
และหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินประจำหน่วยงานที่ข้าพเจ้าสังกัดขณะทำหนังสือนี้และสังกัดที่ย้ายไปประจำการในภายหลัง
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 เว้นแต่จะได้รับคำยินยอมเป็นหนังสือจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

หนังสือยินยอมฉบับนี้ทำขึ้นโดยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง และได้อ่านข้อความและเข้าใจโดยตลอด
แล้วเท่านั้นว่าตรงตามเจตนา真面目ของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน อนึ่ง หนังสือนี้ทำขึ้น 2 ฉบับ
มีข้อความตรงกัน ฉบับที่หนึ่งเก็บไว้ที่ (1)..... ส่วนฉบับที่สองเก็บไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด เก็บไว้เป็นหลักฐานด้วยแล้ว

(ลงชื่อ) ผู้ให้คำยินยอมในฐานะผู้ถูก

(.....)

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

หมายเหตุ “(1)” หมายถึงชื่อส่วนราชการที่ผู้ถูกสังกัดหรือมีหน้าที่จ่ายเงินได้

โปรดเขียนตัวบูรจและกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนช่อง

เอกสารประกอบ

(เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 เป็นต้นไป)

- 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
พร้อมรับรองสำเนา
- 2. สำเนาหนังสือสำคัญ สสธ. พร้อมรับรองสำเนา
- 3. ในรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
(ตามแบบฟอร์มในรับรองแพทย์ของ กสธ.)
- 4. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)



เลขทะเบียนสมาชิก กสธ.

ใบสมัครสมาชิก (ล้านที่ 2)

กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธ.)

เบียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

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

เลขประจำตัวประชาชน เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

1. เป็นสมาชิก สสธ. เลขทะเบียนที่..... สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด สมัครตรง กสธ.

2. ประกอบอาชีพ

2.1 เป็นสมาชิกประเภทสามัญ สสธ. หรือ สมทบสหกรณ์ออมทรัพย์ สสธ.

2.1.1 รับราชการ ดังนี้

- (1) ข้าราชการ ตำแหน่ง (ระบุ)
- (2) ลูกจ้างประจำ/พนักงานราชการ/ลูกจ้างชั่วคราว/พกส. ตำแหน่ง (ระบุ)

2.1.2 ข้าราชการบำนาญ บำเหน็จ บำเหน็จรายเดือน

2.1.3 เจ้าหน้าที่ สสธ. / กสธ. ตำแหน่ง (ระบุ)

2.1.4 เจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข / โรงพยาบาล ตำแหน่ง (ระบุ)

2.1.5 กรรมการ / ผู้ตรวจสอบฯ / เจ้าหน้าที่ ชสอ. ตำแหน่ง (ระบุ)

2.1.6 อื่นๆ (ระบุ)

2.2 เป็นสมาชิกประเภทสมทบ สสธ. ของสมาชิกประเภทสามัญ สสธ. ระบุชื่อ-สกุล.....

คุณสมร บุตร บิดา มารดา อาชีพ (ระบุ)

3. สถานที่อยู่ (ในการจัดส่งเอกสาร) บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

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

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

4. ขอสมัครเป็นสมาชิกของกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธ.) ล้านที่ 2

5. การชำระเงินค่าสมัครแรกเข้าและค่าเบี้ยประกันชีวิต ดังนี้

ค่าสมัครแรกเข้า 100 บาท และค่าเบี้ยประกันชีวิต..... บาท รวมเป็นเงิน..... บาท

ในกรณีที่สมัครระหว่างพิเศษ เงินสมทบฯ จำนวน..... บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น..... บาท

6. หากข้าพเจ้าเสียชีวิต ข้าพเจ้ายินยอมมอบเงินสวัสดิการสงเคราะห์ให้สหกรณ์ต้นสังกัด เพื่อชำระหนี้ของข้าพเจ้า (กรณีสหกรณ์ต้นสังกัดเป็นศูนย์ประสานงาน) และส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ตามที่กำหนดไว้ในใบสมัครหรือหนังสือเปลี่ยนแปลงของสมาคม สสธ.

7. ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจด้วยดุลพินิจ ว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง (ไม่เคยมีประวัติการรักษาโรคตามใบรับรองแพทย์ที่ กสธ. กำหนด) มาก่อนวันสมัคร ตามระเบียบ กสธ. ข้อ 9.3 หากข้าพเจ้าวุลลภะเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแกล้งข้อความนั้น เป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอม ให้ กสธ. ใช้สิทธิ์ตัดรายชื่อพันสมาชิกภาพ กสธ. ตามระเบียบ กสธ. ข้อ 14 (1) (3) และ (7) ได้

ได้ตรวจสอบแล้ว

เป็นสมาชิก สสธ. ทะเบียนเลขที่..... จริง

(.....)

เจ้าหน้าที่ศูนย์/กสธ.

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

ลงชื่อ..... กรรมการสหกรณ์/เจ้าหน้าที่ต้นสังกัด

(.....)



ใบรับรองแพทย์ (ล้านที่ 2)

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก กสธท. ล้านที่ 2

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

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 มีรายละเอียดดังนี้

- (1) ไม่เป็นผู้มีภาระทางกายภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- (2) ไม่มีจิตพิณ์เสื่อม ไม่สมประกอบ

(3) ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้ ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

(3.1) โรคมะเร็ง ไม่มี มี (ระบุ)

(3.2) โรคหัวใจ ไม่มี มี (ระบุ)

(3.3) โรคตับโรค ไม่มี มี (ระบุ)

(3.4) โรคปอดเรื้อรัง ไม่มี มี (ระบุ)

(3.5) โรคนե้าหวานขี้นรุนแรง ไม่มี มี (ระบุ)

(3.6) ภาวะไตวาย (ล่างไต) ไม่มี มี (ระบุ)

(3.7) โรคเอเดส์ ไม่มี มี (ระบุ)

(3.8) โรคตับแข็ง ไม่มี มี (ระบุ)

(3.9) โรคเอสแอลอี (SLE) ไม่มี มี (ระบุ)

(3.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแบบท้ายของ กสธท. 2

ไม่มี มี (ระบุ)

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนเมืองบันชันหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
- (2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
- (3) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (3) กสธท. จะไม่รับเป็นสมาชิก
- (4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่ กสธท. กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก กสธท. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป



ถ้อยແຄລງແລະໃຫ້ກາຍິນຍອມຂອງຜູ້ສັມຄັຮສາມາຊີກ ກສທ. (ລ້ານທີ 2)

ເບີນທີ ວັນທີ ເດືອນ ພ.ມ.

ໜ້າພເຈົ້າ ນາຍ/ນາງ/ນາງສາວ.....
ເລຂປະຈຳຕັ້ງປະຈານ ອາຍຸ..... ປີ
ໜ້າພເຈົ້າຂອ້າໃຫ້ປະຈຳສູ່ການຂອງໜ້າພເຈົ້າເພື່ອປະກອບການສັມຄັຮສາມາຊີກ ກສທ. ດັ່ງນີ້

- 1. ມີສູ່ກາພແບ່ງແຮງ
- 2. ໄມເປັນຜູ້ມີກາຍຖຸພພລກາພ ຈະໄມ້ສາມາຮັບປົງບົດທັນທີໄດ້
- 3. ໄມມີຈົດພື້ນເຝືອນ ໄມ່ສົມປະກອບ

4. ປະຈຳການຮັກໝາໂຮດຕ່ອປັນ

- | | |
|---|--|
| (4.1) ໂຮມະເຮັງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ). |
| (4.2) ໂຮຄ້າໄຈ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ). |
| (4.3) ໂຮວັນໂຮກ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ). |
| (4.4) ໂຮປອດເຮືອຮັງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ). |
| (4.5) ໂຮເບາຫວານໜັ້ນຮຸນແຮງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ). |
| (4.6) ກວະໄຕວາຍ (ລ້າງໄຕ) | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ). |
| (4.7) ໂຮເອດສ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ). |
| (4.8) ໂຮຄັບແຂງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ). |
| (4.9) ໂຮເອສແລລວີ (SLE) | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ). |
| (4.10) ໂຮຮ້າຍແຮງອື່ນໆ ທີ່ຄະນະກຽມກາຮ່ານວ່າອັນດຽຍ ຕາມປະກາຕແນບທ້າຍຂອງ ກສທ. 2 | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ). |

ໄມ່ມີ ມີ (ຮະບູ).

ໜ້າພເຈົ້າຂອ້າໃນບັນວ່າຄ້ອຍແຄລງທີ່ໃຫ້ໄວ້ເປັນຄວາມຈິງທຸກປະການ ຫາກໜ້າພເຈົ້າແຄລງຂ້ອງຄວາມອັນເປັນເທົ່າແລ້ວ ໃຫ້ ກສທ. ຕັດສິທິ່ງຈາກການເປັນສັມາຊີກ ກສທ. ຕາມຮະເບີນ ກສທ. ຂ້ອ 14 (3) ໄດ້ທັນທີ ແລະ ໜ້າພເຈົ້າຂອ້າສະລະສິທິ່ງ ໃນການທີ່ຈະຮັບເງິນສົວສົດການສົງເຄຣະທີ່ຄຣອບຄຣວເມື່ອໜ້າພເຈົ້າເສີຍເຊີຕ ຮວມທັງ ຜັກເຈົ້າໄມ້ຕິດໃຈທີ່ຈະເຮັງກ່ອງ ເງິນສົວສົດການສົງເຄຣະທີ່ຄຣອບຄຣວທີ່ເງິນອື່ນໄດ້ຈາກ ກສທ. ທັງສິ້ນ ໂດຍໜ້າພເຈົ້າຍິນຍອມປົງບົດຕາມຮະເບີນ ກສທ. ຖຸກປະການ

ໜ້າພເຈົ້າຍິນຍອມເປີດເພີຍປະຈຳສູ່ກາພຂອງໜ້າພເຈົ້າ ໂດຍນອນໃຫ້ ກສທ. ຂອປະຈຳການຮັກໝາຂອງໜ້າພເຈົ້າ ຈາກສະຖານພານາລທີ່ເກີຍວ່ອງໄດ້

ລັງຊື່.....

(.....)

ຜູ້ສັມຄັຮສາມາຊີກ ກສທ.

ລັງຊື່.....

(.....)

ພຍານ/ເຈົ້າທີ່ຄູນຢັ້ງປະສາງນານ

ລັງຊື່.....

(.....)

ພຍານ/ຜູ້ນີ້ຂໍຮັບເງິນສົວສົດການສົງເຄຣະທີ່