

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรเจ้าหน้าที่รัฐหรือบัตรประจำตัวประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ประเภทคู่สมรสสมาชิกสามัญ)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐมีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง
7. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์



ใบสมัครสมาชิกประเภทสมทบ

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอ.ค.)

- | | | | |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ประเภทสมทบสมาชิกสามัญ | <input type="checkbox"/> คู่สมรส | <input type="checkbox"/> บิดา-มารดา | <input type="checkbox"/> บุตร |
| <input type="checkbox"/> ประเภทสมทบสหกรณ์ | <input type="checkbox"/> คู่สมรส | <input type="checkbox"/> บิดา-มารดา | <input type="checkbox"/> บุตร |
| <input type="checkbox"/> ประเภทสมทบกลุ่มวิชาชีพอื่น | <input type="checkbox"/> คู่สมรส | <input type="checkbox"/> บิดา-มารดา | <input type="checkbox"/> บุตร <input type="checkbox"/> รับตรงศูนย์ |

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขที่ประจำตัวประชาชน

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

- (1) เป็น คู่สมรส บุตร บิดา มารดา ของ.....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขที่สมาชิก.....
- (2) เป็นสมาชิกสามัญสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์.....(สำหรับสมาชิกสมทบประเภทกลุ่มวิชาชีพ)
- (3) เป็นสมาชิกสมทบสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขที่.....
- (4) สถานที่อยู่ (โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....)

(ตามทะเบียนบ้าน)	(จัดส่งเอกสาร)
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....	บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....
ถนน..... ตำบล(แขวง).....	ถนน..... ตำบล(แขวง).....
อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....	อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....	รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....

- (5) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรกจำนวน.....บาท และชำระครั้งต่อไป ดังนี้

-
- ชำระเป็นเงินสด
-
- ชำระจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ของสมาชิก

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกและยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

สำหรับศูนย์ประสานงาน

ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัคร

- () เป็นผู้มีความสมบัติถูกต้องครบถ้วน
- () ได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน
- () ชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าแล้ว
- () ครอบงุมัติรับเป็นสมาชิก

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ

(.....)

ลงชื่อ.....เลขานุการ/กรรมการ/ประธาน

(.....)

สำหรับสมาคม

- () ครอบงุมัติรับเป็นสมาชิก

- () อื่น ๆ (ระบุ).....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ/เลขานุการ

(.....)

การอนุมัติ

- () อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสอ. เมื่อวันที่.....

- () ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....นายก/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

(.....)



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

ข้าพเจ้า.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....
สมาชิกสหกรณ์..... เลขที่สมาชิกสหกรณ์.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ได้ทำการสมัครสมาชิก สสอศ. รอบสมัครเดือน.....

และขอไปรับรองแพทย์จากโรงพยาบาล.....

ขอเรียนว่าข้าพเจ้า มีประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

	ไม่มี	มี	
1. โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
2. โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
3. โรควัดโรคในระยยะอันตราย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
4. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
6. โรคไตวายเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
7. โรคปอดเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
8. โรคตับแข็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
9. โรคร้ายแรงอื่น ๆ ตามที่แพทย์ระบุ.....			ระบุ.....

เรียน นายกสมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอศ.)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าไม่มีประวัติการรักษาโรคตามข้อ 1-9 และยินยอมให้ สสอศ. ขอประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัวตามข้อ 1-9 และหากเสียชีวิตภายในระยะเวลา 1 ปี หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จให้ถือว่า ข้าพเจ้าไม่มีสมาชิกภาพของ สสอศ. มาตั้งแต่ต้นทาง สสอศ. ไม่นอุมัติเป็นสมาชิก เงินค่าบำรุงและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า คืนให้กับผู้สมัคร

ลงชื่อ..... (ผู้สมัครสมาชิก สสอศ.)

ตัวบรรจง(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

ตัวบรรจง(.....)

ลงชื่อ..... พยาน (เจ้าหน้าที่/กรรมการศูนย์ประสานงาน)

ตัวบรรจง(.....)



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนมสทรรณออมทรัพย์ครูไทย (สสอศ.)

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขสมาชิกสหกรณ์.....
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....
ทำงานประจำในตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน..... ต่อ.....

1. สถานภาพ

โสด สมรส คู่สมรสชื่อ..... หย่า หรือ หม้าย

2. กรณีข้าพเจ้า มีภาระหนี้คงค้างอยู่กับสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด ข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์
ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อน

➔ 3. เงินที่เหลือจาก ข้อ 2 ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาจ่ายเงินสงเคราะห์ที่พึงจ่ายให้กับบุคคล ดังต่อไปนี้

3.1.....เกี่ยวข้องเป็น..... เบอร์โทรศัพท์.....	3.4.....เกี่ยวข้องเป็น..... เบอร์โทรศัพท์.....
3.2.....เกี่ยวข้องเป็น..... เบอร์โทรศัพท์.....	3.5.....เกี่ยวข้องเป็น..... เบอร์โทรศัพท์.....
3.3.....เกี่ยวข้องเป็น..... เบอร์โทรศัพท์.....	3.6.....เกี่ยวข้องเป็น..... เบอร์โทรศัพท์.....

โดยมอบให้ผู้รับเงินสงเคราะห์ลำดับที่.....(นาย/นาง/นางสาว.....)
เลขที่บัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....) เป็นผู้จัดการศพ

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือ
กระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(ลงชื่อ).....พยาน

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ สสอศ.

(ลงชื่อ).....ผู้มีอำนาจลงนาม สสอศ.

ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคล(ตามข้อบังคับ ฯ หมวด 7 ข้อ 25 และประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมฯ วิธีการจ่ายค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ ข้อ 3) ดังต่อไปนี้

- 1.1 สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา
- 1.2 พี่น้องร่วมบิดา มารดาเดียวกัน
- 1.3 พี่น้องร่วมบิดา หรือมารดาเดียวกัน
- 1.4 ปู่ ย่า ตา ยาย
- 1.5 ลุง ป้า น้า อา
- 1.6 ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู

ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯจ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 1. ตามลำดับก่อนหลัง โดยผู้อยู่ลำดับก่อนยอมตัดสิทธิผู้อยู่ลำดับหลัง แต่ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯแบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ตามหนังสือยินยอมตามข้อ 3 ทุกคน ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อนโดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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



หนังสือยินยอมให้หักเงินปันผลและเงินเฉลี่ยคืนเพื่อชำระค่าบำรุงรายปีและเงินสงเคราะห์(ล่วงหน้า)

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.....

ข้าพเจ้า อายุ.....ปี ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... ราชการสังกัด

ตำแหน่ง..... และเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสุพรรณบุรี จำกัด

เลขทะเบียนสมาชิก.....มีความประสงค์ให้สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสุพรรณบุรี จำกัด หักเงินปันผลและ

เงินเฉลี่ยคืนประจำปีบัญชีของข้าพเจ้า ที่ข้าพเจ้าได้รับจากสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสุพรรณบุรี จำกัด โดย

ข้าพเจ้า(ผู้กู้) เป็นผู้จัดทำประกันความเสี่ยงให้แก่ผู้ค้ำประกันเงินกู้ จึงขอทำหนังสือให้ความยินยอมไว้กับ

สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสุพรรณบุรี จำกัด ดังนี้

1. ยินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินปันผลและเงินเฉลี่ยคืนของข้าพเจ้า ที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจาก
สหกรณ์ฯ เพื่อหักชำระค่าบำรุงรายปีและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าให้กับ

○ สมาคมฉาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอค.)

○ สมาคมฉาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

แทนข้าพเจ้าตามจำนวนเงินเท่าที่เป็นจริง นับแต่วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ได้รับเงินปันผลและ
เงินเฉลี่ยคืนในปีนั้นๆ

2. หนังสือยินยอมนี้ให้มีผลตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป และข้าพเจ้าขอยืนยันว่า จะไม่เพิกถอน
ความยินยอมทั้งหมด หรือบางส่วนแต่อย่างใด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากสหกรณ์ออมทรัพย์
ครูสุพรรณบุรี จำกัด

หนังสือยินยอมฉบับนี้ ทำขึ้นโดยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง ได้อ่านและตรวจสอบ
ข้อความพร้อมถ้อยคำในหนังสือนี้ทั้งหมดแล้ว ตรงตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อ
เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ) ผู้ให้คำยินยอม
(.....)

(ลงชื่อ) พยาน
(.....)

(ลงชื่อ) พยาน
(.....)

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือสถานที่
ปฏิบัติ งานประจำ หรืออยู่ที่.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย / นาง / น.ส.....

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้).....

บัตรประจำตัวเลขที่ (ระบุประเภทของบัตรด้วย).....

แล้ว เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ขอรับรองว่า

นาย / นาง / นางสาว.....ไม่เป็น
บุคคลวิกลจริต หรือมีจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ ไม่เป็นผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อน วัณโรค ในระยะอันตราย
โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการอันเป็นที่รังเกียจแก่สังคม โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง หรือ
โรคพิษสุราเรื้อรัง และโรคซิฟิลิส ในระยะที่ 3

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์

.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ
- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากราชการ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย