

โปรดเขียนตัวบ่งชี้เอกสารก่อนมุสให้ครบถ้วน

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัครและผู้รับเงินสมควรที่
2. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
3. ใบสำคัญการเดินเชือ-สกุล(ถ้ามี)
4. ใบบัตรออมแพทย์ฉบับจริง (ใช้แบบฟอร์มของโรงพยาบาลรัฐบาล มีอายุไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย)
5. หนังสือรับรองอุปกรณ์แพทย์
6. ในครัวสุขภาพประจำปี (ปีปัจุบัน)
7. หนังสือของสหกรณ์รับรองการกู้เงินสามัญ

สสอ.รท. 1/8

เลขประจำตัวสมาชิก สสอ.รท.....



ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ/สมทบ

สมาคมมาปนกิจส่งเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)

(กรณีกู้เงินสามัญสหกรณ์อายุ 56 - 60 ปี)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

อายุ.....ปี

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

เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ. คุณสมรสชื่อ.....

(1) (1.1) เป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด เลขที่.....

(1.2) เป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด เลขที่.....

(1.3) สมาชิก สสอ.ต. สมาชิก สสอ.ค. สมาชิก สสอ.ท. เลขทะเบียน.....

(1.4) สมาชิก อื่นๆ เลขทะเบียน.....

(2) ตำแหน่ง..... 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) สถานที่ติดต่อ/ส่งเอกสาร

(4.1) เมื่อnoonข้อ (3)

(4.2) บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ.....

(5) หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตายขอมอบให..... อัญมณีเลขที่..... หมู่.....

ครอบครัว..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... โทรศัพท์..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้าเป็นผู้จัดการศพ

(6) การชำระเงิน

(6.1) การชำระเงินครั้งแรก

ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 40.- บาท ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 40.- บาท

เงินส่งเคราะห์ส่วนหน้าปีละ 4,800.- บาท (อายุไม่เกิน 55 ปี)

(6.2) วิธีการชำระเงิน

- ชำระที่ศูนย์ประสานงาน โอนเข้าบัญชีศูนย์ประสานงาน

(7) การชำระเงินเพื่อต่อสماชิกภาพในปีต่อไป (ประมาณเดือนธันวาคมของทุกปี)

- ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์หักจากเงินปันผล/เงินเฉลี่ยคืนตามจำนวนที่สมาคมเรียกเก็บ
 ชำระที่ศูนย์ประสานงาน โอนเข้าบัญชีศูนย์ประสานงาน

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์และรายละเอียดของข้อบังคับ สมาคมมาปานกิจสคระท์สماชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ รายการไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกและยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขต่างๆ ทุกประการ

ลงชื่อ.....
(.....) ผู้สมัคร

- หมายเหตุ : 1) ใบสมัคร 1/8 นี้ใช้เฉพาะสมาชิกที่มีอายุเกิน 55 ปี แต่ไม่เกิน 60 ปี ที่มีเงินกู้สามัญสหกรณ์และสหกรณ์ต้นสังกัดได้รับเป็นศูนย์ประสานงานให้สมาคมแล้วเท่านั้น
2) ให้เขียนใบสมัครด้วยลายมือตคนเองเพื่อป้องกันการแก้ไขเปลี่ยนแปลงโดยท่านไม่ทราบ
3) ข้อความใดที่มีการซูด ลบ ขีดฆ่า ขอให้ลงชื่อกำกับ
4) ผู้สมัครต้องกรอกหนังสือรับรองสุขภาพตนเองและมีบุคคลใกล้ชิดเป็นพยาน
5) ผู้สมัครต้องมีใบรับรองแพทย์ของโรงพยาบาลของรัฐที่ปรับการตรวจที่มีอายุไม่เกิน 30 วัน
6) ผู้สมัครต้องมีใบตรวจสุขภาพประจำปี (ปีปัจจุบัน) และสำเนาสัญญาเงินกู้
7) ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกจะมีสมาชิกภาพสมบูรณ์เมื่อพ้น 6 เดือน นับแต่วันที่คณะกรรมการมีมติรับเข้าเป็นสมาชิกตามวันที่กำหนดตามข้อบังคับสมาคมฯ ข้อ 12 ยกเว้นกรณีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุและได้มีการพิสูจน์หลักฐานจากทางราชการชัดเจนแล้ว



สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว).....

เป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสอ.รท. ตามข้อบังคับข้อ 10.1(1) ของสมาคมฯ และได้แนบทลักษณ์ประกอบการสมัครครบถ้วน พึงมีสำเนาสำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย เรื่องการรับสมัครสมาชิก สสอ.รท. หรือ การรับสมัครสมาชิกเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

- เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิกสามัญ/สมาชิกสมทบ สสอ.รท.....
- ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงานหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

ความเห็นคณะกรรมการสมาคม สสอ.รท.

- อนุมัติเข้ารับเป็นสมาชิกสามัญ/สมาชิกสมทบ สสอ.รท. ตั้งแต่วันที่.....ตามมติคณะกรรมการครั้งที่.../....
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ

1. นายกสมาคม สสอ.รท.
2. กรรมการ สสอ.รท. ปฏิบัติหน้าที่แทนนายก สสอ.รท.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ใบรับรองแพทย์

ໃບຢັ້ງພອນຂອງໄມພາບລົງຈາກທີ່ພື້ນດັກໄປແນວໃຈຕະຫຼາດ

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
(2) 医師の資格を有する者
(3) ใบรับรองแพทย์ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
(4) ประทับตราโรงพยาบาลของรัฐที่แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกายสังกัดให้ชัดเจน



แบบฟอร์มนี้ให้ใช้ตั้งแต่การสมัครรอบ
8/2563 (สมัครตั้งแต่เดือน 1 มิถุนายน 2563)
เป็นต้นไป

เรื่อง หนังสือรับรองสุขภาพตนเอง

เรียน นายกสมาคมมาปันกิจส่งเสริมสุขภาพและสุขภาวะที่สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... อายุ ปี

โทร..... เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....

จำกัด เลขที่สมาชิก..... ได้สมัครเป็นสมาชิก สสอ.รท. รอบการสมัครที่
.....

ได้แนบใบรับรองแพทย์จาก..... แล้ว

และขอเรียนว่าระยะเวลาที่ผ่านมาข้าพเจ้ามีประวัติเกี่ยวกับการตรวจรักษาโรคต่อไปนี้ ดังนี้

- | | | |
|-------------------------------------|--|------------|
| 1. โรคหัวใจหรือหลอดเลือด | <input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี | ระบุ |
| 2. โรควัณโรคในระยะอันตราย | <input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี | ระบุ |
| 3. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | <input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี | ระบุ |
| 4. โรคมะเร็งทุกชนิด ทุกระยะ | <input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี | ระบุ |
| 5. โรคตับอักเสบ | <input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี | ระบุ |
| 6. โรคปอดเรื้อรัง | <input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี | ระบุ |
| 7. ภาวะไตวาย | <input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี | ระบุ |
| 8. โรคร้ายแรงอื่น ๆ ตามที่แพทย์ระบุ | | |

ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่าข้อความตามข้อ 1 - 8 เป็นความจริง

ทุกประการและยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าหรือให้ สสอ.รท. ประวัติการรักษาจากสถานพยาบาล
ที่ข้าพเจ้าเข้ารับการรักษาหรือที่เกี่ยวข้องได้

หากข้าพเจ้าจะเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัวหรือเสียชีวิตภายใน 6 เดือน นับตั้งแต่วันที่
สมาคมรับเป็นสมาชิกแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมให้ถือว่าข้าพเจ้าไม่มีสถานะเป็นสมาชิกของ สสอ.รท. มาตั้งแต่วันสมัคร ไม่มีสิทธิ์
ได้รับเงินสงเคราะห์ และให้ทางสมาคมคืนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าและค่าบำรุงรายปีให้ด้วย

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน (ญาติที่ใกล้ชิด บิดา, มารดา, พี่ น้อง ฯลฯ)
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน (กรรมการ/เจ้าหน้าที่ศูนย์)
(.....) ตัวบรรจง



สสอ.รท.3/1

หนังสือแสดงเจตนาการให้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัว¹
สมาคมสามาปนกิจสงเคราะห์สามัชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)

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

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ..... ปี
เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... สามัชิก สามัญ สมทบ ของสหกรณ์ออมทรัพย์
เลขทะเบียนที่..... สังกัดหน่วย.....
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....
ทำงานประจำในตำแหน่ง..... สถานที่ทำงาน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ที่ทำงาน..... ต่อ.....

(1) สถานภาพ โสด สมรส คู่สมรสชื่อ.....
 หย่า หม้าย

(2) ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาให้บุคคลดังต่อไปนี้ เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวที่ สสอ.รท. พึงจ่าย

(2.1)..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่..... โทร.....

(2.2)..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่..... โทร.....

(2.3)..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่..... โทร.....

โดยมิใช่ในการรับดังนี้ ได้รับส่วนแบ่งเท่ากันทุกคน อื่น ๆ

ถ้าคันได้ตายไปก่อนข้าพเจ้า ผู้นั้นเป็นอนุหมศิพิ และหากมีเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าเหลืออยู่ ก็ให้มอบแก่ผู้มีสิทธิที่เหลืออยู่ดังกล่าวข้างต้น
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดง
เจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(3) ข้าพเจ้าในฐานะสามัชิกสมาคมสามาปนกิจสงเคราะห์สามัชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.) จะนำส่งเงินเป็นค่าบำรุง รายปี
และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าหรือเงินสงเคราะห์ที่ใช้เกินตามที่เรียกเก็บ ส่งศูนย์ประสานงานที่สมัคร หรือ ส่งให้สมาคมกรณ์สมัครตระที่สมาคม สสอ.รท.
ภายในเดือนธันวาคมของทุกปี หรือภายในเวลาที่สมาคมฯ กำหนด

(ลงชื่อ)..... ผู้สมัคร
(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร
(ลงชื่อ)..... ผู้จัดการศูนย์ประสานงานฯ
(ลงชื่อ)..... กรรมการ สสอ.รท.
(.....)

หมายเหตุ ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องวิธีการจ่ายค่าจัดการศพ หรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัว การใช้จ่าย
และการเก็บรักษาเงินของสมาคมสามาปนกิจสงเคราะห์ วันที่ 27 ธันวาคม 2545 กำหนดให้บุคคลผู้ได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวจะต้องเป็นบุคคลในครอบครัว ดังนี้

1. สามี ภรรยา บุตร บิดา มารดา
2. พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน
3. พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน
4. ปู่ ย่า ตา ยาย
5. ลุง ป้า น้า อา
6. ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู

เรียน นายกสมาคมมาปันกิสต์เคราะห์スマชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย

ข้าพเจ้า..... สมาชิกศูนย์ประสานงาน
สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด ทะเบียนเลขที่.....
ขอสนับสนุนกิจกรรมของกองทุนเพื่อความมั่นคงและช่วยเหลือสมาชิก เป็นเงินจำนวน..... บาท
(.....)

ผู้ให้การสนับสนุน
(.....)

พยาน
(.....)

พยาน(เจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ)
(.....)