

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ :

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการผู้สมัคร
2. สำเนาทะเบียนบ้านผู้สมัคร
3. ใบรับรองแพทย์ของรัฐฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
4. แบบคำร้องสุขภาพตนเอง
5. สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
6. รูปถ่าย ๓ นิ้วยื่นเอกสาร
7. หนังสือรับรองการเป็นสมาชิกประเภทสามัญของ สอ.
8. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
9. ใบสำคัญการเปลี่ยน ชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
10. ทะเบียนรับรองบุตร (ถ้ามี)



สส.ชสอ. ส.3/1 (สมทบ)

ประเภทสมทบ	
<input type="checkbox"/> คู่สมรส	<input type="checkbox"/> บิดา
<input type="checkbox"/> มารดา	<input type="checkbox"/> บุตร
<input type="checkbox"/> บุตรบุญธรรม	
สมัครผ่าน	
<input type="checkbox"/> ศูนย์ประสานงาน	
<input type="checkbox"/> ศูนย์ประสานงานระดับจังหวัด	
สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม	
เลขมาปนกิจ.....	
รอบสมัคร...../.....	

## ใบสมัครสมาชิก ประเภทสมทบ

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

สมัครสมาชิกสมทบของนาย/นาง/นางสาว.....

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) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก จำนวน 4,840 บาท ดังนี้

ชำระเป็นเงินสด  ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน

(5.2) การชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้ารายปีครั้งต่อไป โดยให้สหกรณ์หัก ดังนี้

ชำระเป็นรายเดือน (12 งวด)  ชำระจากเงินปันผล,เฉลี่ยคืน

ชำระเป็นราย 3 เดือน (4 งวด)  ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน

ชำระเป็นราย 6 เดือน (2 งวด)  ชำระจากการเก็บเงินล่วงหน้า จากเงินกู้สามัญ

ชำระจากบัญชีโครงการฝากเพื่อสวัสดิการ/เงินฝากในสหกรณ์สมาชิก

**\*\* ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมมาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ และเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ \*\***

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) <input type="radio"/> เภรัญญิก/เลขานุการ ศูนย์ฯ <input type="radio"/> อุปนายก ศูนย์ฯ <input type="radio"/> ประธาน 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) <input type="radio"/> กรรมการ สส.ชสอ. <input type="radio"/> อุปนายก สส.ชสอ. <input type="radio"/> นายก สส.ชสอ.
--

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์  
สมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์สมาชิกของชุมนุมสภกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....  
สมาชิกสภกรณ์ออมทรัพย์.....เลขทะเบียนสมาชิก.....  
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....  
ทำงานประจำในตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

2. หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิให้.....  
เลขประจำตัวประชาชน.....เกี่ยวข้องกับ.....เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สส.ชสอ. พึ่งจ่าย หลังจากหักเงินค่าจัดการศพให้บุคคลที่ระบุไว้และ  
ยินยอมให้สภกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ให้เสร็จสิ้น  
เท่ากับจำนวนหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้

- 3.1.....เลขประจำตัวประชาชน.....  
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....  
เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องกับ.....
- 3.2.....เลขประจำตัวประชาชน.....  
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....  
เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องกับ.....
- 3.3.....เลขประจำตัวประชาชน.....  
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....  
เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องกับ.....
- 3.4.....เลขประจำตัวประชาชน.....  
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....  
เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องกับ.....
- 3.5.....เลขประจำตัวประชาชน.....  
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....  
เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องกับ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการ  
ใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม (ลงชื่อ).....พยาน  
(ลงชื่อ).....ผู้จัดการ/จนท.ศูนย์ฯ (ลงชื่อ).....ประธานศูนย์ฯ

**ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้**

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 ลุง ป้า น้า อา                                 |
| 1.3 พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน | 1.6 ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู |

ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯ จ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 1 ตามลำดับก่อนหลัง ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯ แบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัวที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อนโดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ณ วันที่.....



## แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (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                 | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี | ระบุ..... |
| (4.2) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด    | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี | ระบุ..... |
| (4.3) โรคหัวใจในระยะเวลาอันตราย | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี | ระบุ..... |
| (4.4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง      | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี | ระบุ..... |
| (4.5) โรคเอดส์                  | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี | ระบุ..... |
| (4.6) โรคเอสแอลอี (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 และขอมอบอำนาจให้ สส.ชสอ. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ขอรับรองว่าเป็นความสัตย์จริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง (.....)

(ผู้สมัครสมาชิก สส.ชสอ.)

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง (.....)

พยาน (เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน)

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง (.....)

พยาน (ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)



- สมัครสมาชิก
- ขอความเป็นธรรม
- เปลี่ยนแปลงผู้รับเงินสงเคราะห์

รูปถ่าย ณ วันยื่นเอกสาร

วันที่ยื่นเอกสาร.....

ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด

ชื่อ-นามสกุล.....เลขสมาชิกสหกรณ์.....เลขมาปนกิจ.....

เบอร์ติดต่อ.....

แนบรูปถ่ายผู้สมัครแบบเต็มตัว  
ในวันที่สมัคร ณ ศูนย์ประสานงาน

ลงชื่อ.....  
(.....)

ผู้ยื่นเอกสาร

...../...../.....

ลงชื่อ.....  
(.....)

เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

...../...../.....