

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล(ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง (สถานพยาบาลของรัฐ) มีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
7. กรณีสมาชิกสมัครตรง ต้องมีใบเสร็จรับเงินงวดสุดท้าย หรือใบรับรองของสหกรณ์ต้นสังกัด



ใบสมัครสมาชิก

สำมัญ

คู่สมรส

บุตร

บิดา-มารดา

พี่-น้อง

สสอ.1

เลขประจำตัวสมาชิก สสอ.

ใบสมัครสมาชิก

สมาคม coop กิจสงเคราะห์สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทย (สสอ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

เลขประจำตัวประชาชน

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

- (1) สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขที่.....
- สมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขที่.....
- อื่นๆ (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) สถานที่ติดต่อ/ส่งเอกสาร

- (4.1) เหมือนข้อ (3)
- (4.2) บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....

(5) หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตายขอมอบให้.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....
 ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด.....โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้าเป็นผู้จัดการศพ

- (6) การชำระเงิน
- (6.1) การชำระเงินครั้งแรก
- ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 40.- บาท
 - ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 40.- บาท
 - เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า เป็นเงิน 5,000.- บาท
 - รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน 5,080.- บาท

(6.2) วิธีการชำระเงิน

ชำระที่ศูนย์ประสานงาน

(7) การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินและชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ดังนี้

ชำระที่ศูนย์ประสานงาน

หักจากเงินปันผลเฉลี่ยคืน

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์ รัฐวิสาหกิจ
ไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร
(.....)



สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคมประจำศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสอ.ตามข้อบังคับข้อ 10 ของสมาคมฯ และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ และระเบียบสมาคมฯ ปณิกสงเคราะห์สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์ รัฐวิสาหกิจไทย ประกาศ สสอ. เรื่องรับสมัครสมาชิก สสอ. หรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

- เสนอ เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สสอ.
- ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงานหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

ความเห็นคณะกรรมการสมาคม สสอ.

- อนุมัติเข้ารับเป็นสมาชิก สสอ. ตั้งแต่วันที่.....
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ

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

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



หนังสือแสดงเจตนาการให้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัว
สมาคมพัฒนาประชาธิปไตยของสหกรณ์ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทย (สสอ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. สมาชิก 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. พึ่งจ่าย

(2.1).....เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทร.....

(2.2).....เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทร.....

(2.3).....เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทร.....

โดยมีเงื่อนไขการรับดังนี้

 ได้รับส่วนแบ่งเท่ากันทุกคน อื่น ๆ

ถ้าคนใดตายไปก่อนข้าพเจ้า ผู้นั้นเป็นอันหมดสิทธิ และหากมีเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าเหลืออยู่ ก็ให้มอบแก่ผู้มีสิทธิดังกล่าวข้างต้น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(2) ข้าพเจ้าในฐานะสมาชิกสมาคมพัฒนาประชาธิปไตยของสหกรณ์ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทย (สสอ.) ยินยอมให้สหกรณ์ต้นสังกัดหักเงินปันผลและหรือเงินเฉลี่ยคืนเป็นค่าบำรุงรายปีหรือสงเคราะห์ศพล่วงหน้า เพื่อจ่ายให้ สสอ. ต่อไป

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร

(ลงชื่อ).....ผู้จัดการศูนย์ประสานงานฯ

(ลงชื่อ).....กรรมการ สสอ.

(.....)

หมายเหตุ ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องวิธีการจ่ายค่าจัดการศพ หรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัว การใช้จ่ายและการเก็บรักษาเงินของสมาคมพัฒนาประชาธิปไตย วันที่ 27 ธันวาคม 2545 กำหนดให้บุคคลผู้ได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวจะต้องเป็นบุคคลในครอบครัว ดังนี้

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

ใบรับรองแพทย์

ใช้แบบฟอร์มของโรงพยาบาลที่ผู้สมัครไปรับการตรวจเท่านั้น

- หมายเหตุ
- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - (2) แพทย์สรุปความเห็นว่าเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์เพียงพอ หรือเป็นโรคใด ระบุโรค.....
 - (3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
 - (4) ประทับตราโรงพยาบาลของรัฐที่แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกายสังกัดให้ชัดเจน



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

ข้าพเจ้า..... สมาชิกสหกรณ์

เลขที่สหกรณ์ ได้ทำการสมัครสมาชิก สสอ. รอบการสมัครที่

และขอใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาล

ขอเรียนว่าข้าพเจ้า มีประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

	ไม่มี	มี	
1. โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ
2. โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ
3. โรคอ้วน โรคในระยะอันตราย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ
4. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ
5. โรคปอดเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ
6. โรคตับแข็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ
7. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ
8. ภาวะไตวาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ
9. โรคร้ายแรงอื่นๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ

ตามที่แพทย์ระบุ

เรียน นายกสมาคมสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทย (สสอ.)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บตามข้อ

(1)-(9) และยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า โดยให้ สสอ. ขอประวัติการรักษาในสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

หากข้าพเจ้าจะเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัว หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จ ให้ถือว่าข้าพเจ้าไม่มีสมาชิกภาพ สสอ. มาตั้งแต่ต้น ทาง สสอ. จะคืนเฉพาะ เงินค่าบำรุง เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ให้กับผู้สมัคร

ลงชื่อ (ผู้สมัครสมาชิก สสอ.)

ตัวบรรจง (.....)

ลงชื่อ พยาน (ญาติที่ใกล้ชิด, บิดา, มารดา, พี่น้องร่วมสายเลือด)

ตัวบรรจง (.....)

ลงชื่อ พยาน (เจ้าหน้าที่/กรรมการศูนย์ประสานงาน)

ตัวบรรจง (.....)

หนังสือแสดงความยินยอมให้หักเงินปันผลและ/หรือเงินเฉลี่ยคืน
เพื่อชำระการเรียกเก็บเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า

เขียนที่.....

วันที่.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง..... สังกัด/กอง.....
ทะเบียนสมาชิกสหกรณ์ฯ เลขที่.....

ขอทำหนังสือยินยอมฉบับนี้มอบให้ไว้แก่สหกรณ์ฯ เพื่อแสดงว่าข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์ฯ หักเงินปันผลประจำปีและ/หรือเงินเฉลี่ยคืนในแต่ละปีที่ข้าพเจ้ามีสิทธิพึงได้รับเพื่อชำระการเรียกเก็บเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าจากสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทย (สสอร.) และ/หรือสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.) จนกว่าภาระผูกพันนั้นจะระงับสิ้นไปและการแสดงเจตนายินยอมของข้าพเจ้านี้มีอายุจะถอนคืนได้ เว้นแต่สหกรณ์ฯ จะให้ความยินยอมเป็นหนังสือ

ทั้งนี้ ในกรณีที่สมาคมฯ มีการเรียกเก็บเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าเกินกว่าเงินปันผลและ/หรือเงินเฉลี่ยคืนที่ข้าพเจ้าได้รับ ข้าพเจ้าจะนำเงินส่วนต่างมาชำระให้กับสหกรณ์ฯ ภายในสิ้นเดือนกุมภาพันธ์ของปีนั้นๆ

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบข้อความและเข้าใจถ้อยคำในหนังสือแสดงความยินยอมฉบับนี้ ดีแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)