

## 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

- สามัญ
- คู่สมรส
- บุตร
- บิดา-มารดา

เลขประจำตัวสมาชิก สสอ. ....

## ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ (รอบพิเศษ)

## สมาคมอณานิคมเกษตรศาสตร์สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทย (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
- โอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี 986-8-06727-8

(7) การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินและชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ดังนี้

- ชำระที่ศูนย์ประสานงาน
- หักจากเงินปันผลเฉลี่ยคืน
- โอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี 986-8-06727-8

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์ รัฐวิสาหกิจไทย แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร  
(.....)



## สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคมประจำศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสอ.ตามข้อบังคับข้อ 10 ของสมาคมฯ และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ และระเบียบสมาคมงานกิจสงเคราะห์สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์ 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  
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทย (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) ข้าพเจ้าในฐานะสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทย (สสอ.) ยินยอมให้สหกรณ์ต้นสังกัดหักเงินปันผลและหรือเงินเฉลี่ยคืนเป็นค่าบำรุงรายปีหรือสงเคราะห์ศพล่วงหน้า เพื่อจ่ายให้ สสอ. ต่อไป

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม  
(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร  
(ลงชื่อ).....ผู้จัดการศูนย์ประสานงานฯ  
(ลงชื่อ).....กรรมการ สสอ.  
(.....)

**หมายเหตุ** ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องวิธีการจ่ายค่าจัดการศพ หรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัว การใช้จ่ายและการเก็บรักษาเงินของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ วันที่ 27 ธันวาคม 2545 กำหนดให้บุคคลผู้ได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวจะต้องเป็นบุคคลในครอบครัว ดังนี้

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

# ใบรับรองแพทย์

ใช้แบบฟอร์มของโรงพยาบาลรัฐบาลที่ผู้สมัครไปรับการตรวจเท่านั้น

- หมายเหตุ
- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
  - (2) แพทย์สรุปความเห็นว่าเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์เพียงใด 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. โรคไต 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        |                          |                          | ตามที่แพทย์ระบุ ..... |

เรียน นายกสมาคมสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทย (สสอ.)

ข้าพเจ้า ..... ขอรับรองว่าข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บตามข้อ

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

หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัว หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จ ให้ถือว่าข้าพเจ้า **ไม่มีสมาชิกภาพ สสอ. มาตั้งแต่ต้น** ทาง สสอ. จะคืนเฉพาะ เงินค่าบำรุง เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ให้กับผู้สมัคร

ลงชื่อ ..... (ผู้สมัครสมาชิก สสอ.)

ตัวบรรจง (.....)

ลงชื่อ ..... พยาน (ญาติที่ใกล้ชิด,บิดา,มารดา,พี่น้องร่วมสายเลือด)

ตัวบรรจง (.....)

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

ตัวบรรจง (.....)