

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ

1. แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง (สสอ.2)
2. หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ (สสอ.3)
3. ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐมีอายุไม่เกิน 30 วัน
4. สำเนาบัตรเจ้าหน้าที่รัฐ หรือบัตรประจำตัวประชาชน
5. สำเนาทะเบียนบ้าน
6. สำเนาทะเบียนสมรส, สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล
7. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้รับ)
8. สำเนาเอกสารการเป็นสมาชิกสมาคมต้นสังกัด (กลุ่มวิชาชีพอื่น)
9. รูปถ่ายสมาชิกคู่ใบสมัคร ณ ศูนย์ประสานงาน สสอ. (เต็มตัว)

สสอ.1



ใบสมัครสมาชิกประเภทสามัญ

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย(สสอ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขที่ประจำตัวประชาชน

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

(1) ดำรงตำแหน่ง หรือปฏิบัติหน้าที่..... และเป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์..... เลขที่สมาชิกสหกรณ์..... เลขที่สมาชิกสมาคมต้นสังกัด.....

(2) สถานที่อยู่
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล(แขวง).....
อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

(3) สถานที่ปฏิบัติงาน/ชื่อหน่วยงาน.....อำเภอ(เขต).....
จังหวัด.....โทรศัพท์(ที่ทำงาน).....E-mail.....

(4) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก จำนวน.....บาท และครั้งต่อไปชำระดังนี้

- | | |
|--|--|
| ☐ ชำระเป็นเงินสดทุกปี | ☐ หักชำระจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ของสมาชิก |
| ☐ หักชำระจากเงินปันผล, เติบโต | ☐ หักชำระจากการเพิ่มเงินกู้ให้สมาชิก |
| ☐ โอนเงินเข้าบัญชี | ☐ อื่น ๆ..... |

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกและยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

สำหรับศูนย์ประสานงาน

ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัคร

- () เป็นผู้มีความประพฤติถูกต้องครบถ้วน
- () ได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน
- () ชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าแล้ว
- () ควรอนุมัติรับเป็นสมาชิก

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ

(.....)

ลงชื่อ.....เลขานุการ/กรรมการ/ประธานฯ

(.....)

สำหรับสมาคม

- () ควรอนุมัติรับเป็นสมาชิก
- () อื่น ๆ (ระบุ).....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ/เลขานุการ

(.....)

การอนุมัติ

- () อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสอ. เมื่อวันที่.....
- () ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....นายก/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

(.....)

เขียนที่.....

วันที่.....

แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....สมัครสมาชิก สสอ. รอบสมัครเดือน.....

ข้าพเจ้าขอให้ประติศุภาพและประวัติการรักษารอค่ายแรง เพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สสอศ. เป็นความจริงดังนี้

1. มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ณ วันสมัคร
2. ไม่เป็นคนไร้ความสามารถ ร่างกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
3. ไม่มีจิตพั่นเพื่อน ไม่สมประกอบ
4. ไม่มีประวัติการรักษาโรค ต่อไปนี้

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------|
| 4.1 โรคมะเร็ง | ☐ ไม่มี | ☐ มี | ระบุ..... |
| 4.2 โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด | ☐ ไม่มี | ☐ มี | ระบุ..... |
| 4.3 โรควัณโรค | ☐ ไม่มี | ☐ มี | ระบุ..... |
| 4.4 โรคเบาหวาน | ☐ ไม่มี | ☐ มี | ระบุ..... |
| 4.5 โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV/AIDS) | ☐ ไม่มี | ☐ มี | ระบุ..... |
| 4.6 โรคเอสแอลอี (SLE) | ☐ ไม่มี | ☐ มี | ระบุ..... |
| 4.7 โรคไต | ☐ ไม่มี | ☐ มี | ระบุ..... |
| 4.8 โรคปอด | ☐ ไม่มี | ☐ มี | ระบุ..... |
| 4.9 โรคตับ | ☐ ไม่มี | ☐ มี | ระบุ..... |

5. โรคภัยแรงอื่น ๆ ตามที่แพทย์ระบุ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่า การให้ประวัติสุขภาพและประวัติการรักษาโรคร้ายแรงดังกล่าว เป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้าทราบข้อบังคับและประกาศของสมาคม ถ้าถึงแก่ความตายด้วยโรคร้ายแรงตามประกาศสมาคมภายในระยะเวลา 1 ปี นับแต่อนุมัติเข้าเป็นสมาชิก สมาคมจะไม่จ่ายเงินสงเคราะห์หรือปกปิดประวัติการรักษาโรคร้ายแรงที่ให้ไว้ไม่ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง ถ้าเคยมีประวัติการรักษาโรคร้ายแรงตามประกาศสมาคมดังกล่าวมาก่อน ณ วันสมัคร เมื่อถึงแก่ความตายสมาคมจะไม่จ่ายเงินสงเคราะห์ให้กับผู้ที่ได้รับบุชื่อไว้ ตามข้อบังคับสมาคม ข้อที่ 15 และประกาศของสมาคม เรื่อง การกำหนดโรคร้ายแรงไม่รับเป็นสมาชิก สสอ. และไม่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ ประกาศ ณ วันที่ 7 เมษายน 2569 ทั้งนี้ข้าพเจ้าและผู้ที่ข้าพเจ้าระบุชื่อไว้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์จะสละสิทธิและจะไม่เรียกร้องสิทธิใดๆกับเงินสงเคราะห์ตามที่กล่าวมา

ข้าพเจ้ายินยอมให้สถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ สสอ. ในการตรวจสอบประวัติของข้าพเจ้า แม้ในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่ความตายแล้วก็ตาม ทั้งนี้เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาว่า ข้อมูลและ คำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้ข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงหรือไม่ และมอบหมายให้ สสอ. ขอรับข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาล เวช ระเบียน หรือข้อมูลด้านสุขภาพอื่นใดของข้าพเจ้า จากสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ โดยปราศจากเงื่อนไขใด ๆ ทั้งสิ้น

ขอรับรองว่าเป็นความสัจจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ (ผู้สมัครสมาชิก สสอศ.)

ตัวบรรจง (.....)

(ผู้สมัครสมาชิก สสอค.)

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจุ(.....)

พยาน (ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง(.....)

พยาน (เจ้าหน้าที่/กรรมการศูนย์ประสานงาน)



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนมุสลิมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย(สสอค.)

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 สสอค.

(ลงชื่อ).....ผู้มีอำนาจลงนาม สสอค.

/ลงลายมือ...

ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้

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

1.1 สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา

1.4 ปู่ ย่า ตา ยาย

1.2 พี่น้องร่วมบิดา มารดาเดียวกัน

1.5 ลูก ป้า น้า อา

1.3 พี่น้องร่วมบิดา หรือมารดาเดียวกัน

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).....