

เอกสารประกอบ

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



เลขประจำตัวสมาชิก สสท.

ประเภทสมาชิก

- ☐ 1. คู่สมรส
- ☐ 2. บิดามารดา
- ☐ 3. บุตร

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสมทบ

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน

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

(1) ☐ สมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขทะเบียนที่.....☐ คู่สมรส/บิดา/มารดา/บุตรของสมาชิกสสท.เลขทะเบียนที่.....☐ เจ้าหน้าที่สมาคมสสท.หรือกรรมการดำเนินการหรือเจ้าหน้าที่ชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย จำกัด

(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) การชำระเงิน ดังนี้

4.1 การชำระเงินครั้งแรก

☐ ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 20 บาท☐ ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 20 บาท☐ เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า.....4,000... บาท

รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน.....4,040...บาท (สี่พันสี่สิบบาทถ้วน)

4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ดังนี้

☐ ชำระเป็นเงินสดที่สมาคมหรือศูนย์ประสานงานสมาคม☐ ชำระเงินเข้าบัญชีสมาคม ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาโสมเวิร์ค ราชพฤกษ์ ชื่อบัญชี สมาคมพัฒนากิจ

สงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ประเภทกระแสรายวัน (Bill Payment Pay- In Slip)

เลขที่บัญชี 468-0-39888-5

☐ ชำระจากเงินปันผล เติบโตขึ้น จากสหกรณ์ต้นสังกัด

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบ ข้อบังคับสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)



คำรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก

ผู้รับรองต้องเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย
ข้าพเจ้า.....สมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออม
ทรัพย์สาธารณสุขไทย ทะเบียนเลขประจำตัว.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....
ขอรับรองว่าผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว.....มีคุณสมบัติตามข้อบังคับ ข้อ 9 ของ
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทยทุกประการ
ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
วันที่...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคมประจำศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสช. และได้แนบหลักฐานประกอบ
การสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ และระเบียบสมาคม
ฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ประกาศ สสช. เรื่องการรับสมัครสมาชิก สสช.
หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....
ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

เสนอ ☐ เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สสช.
☐ ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....
(.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

ความเห็นสำหรับคณะกรรมการสมาคม สสช.

คำสั่ง ☐ อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสช. ตั้งแต่วันที่.....
ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสมาคม ครั้งที่/ 25.....เมื่อวันที่.....
☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- ☐ นายกสมาคม สสช.
- ☐ กรรมการ สสช. ปฏิบัติการแทน
นายกสมาคม สสช.

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ทำการสอบประวัติและตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว..... อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ ปรากฏว่า

นาย / นาง / นางสาว.....

- ☐ (1) มีสุขภาพแข็งแรง
- ☐ (2) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- ☐ (3) ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ

(4) ไม่มีประวัติการรักษาโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

- ☐ (4.1) โรคมะเร็งทุกชนิด ทุกระยะ
- ☐ (4.2) โรคหัวใจ
- ☐ (4.3) โรคฉี่หนู โรคในกระเพาะอาหาร
- ☐ (4.4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
- ☐ (4.5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง

(5) มีโรคร้ายแรงอื่นๆ ระบุ.....

สิ่งข้อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (4) (5) หรือตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย

สมาคมฯ จะไม่รับเป็นสมาชิก

(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมกำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัคร

เป็นสมาชิก สสช. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2562 เป็นต้นไป

เรียน นายกสมาคมพานักกีฬาสมัครเล่นแห่งประเทศไทย

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคตาม ข้อ (4) (5)

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า.....
และยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า โดยให้ สสท. ขอประวัติการรักษาในสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

หากข้าพเจ้าจะเห็นว่าเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัว หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ สสรท. ใช้สิทธิตัดรายชื่อนี้พ้นสมาชิกภาพ สสรท.ตามข้อบังคับ ข้อ 10.1 (4) ข้อ 10.2 (6) และข้อ 15(4) ได้

(ลงชื่อ).....(ผู้สมัครสมาชิก สสทท.)

ตัวบรรจง(.....)



หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

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

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย เลขทะเบียนที่.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....มือถือ.....

1. สถานภาพ

☐ โสด ☐ สมรส คู่สมรสชื่อ..... ☐ หย่า หรือ หม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สสรท. พึงจ่าย ให้ผู้จัดการศพข้าพเจ้า
คือ.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า(10%ของเงินสงเคราะห์)
ส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ คือ

- 2.1.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%
- 2.2.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%
- 2.3.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%
- 2.4.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%
- 2.5.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

โดยมีเงื่อนไขดังนี้ ☐ ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว ☐ ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆกัน

☐ อื่นๆระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม
(.....)

ผู้สมัครสมาชิก สสรท.

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ สสรท.
(.....)

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสทพ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

[illegible]

ชื่อย.....ถนน.....ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์ออมทรัพย์.....

จำกัด...หรือ.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร

ประจำตัวประชาชน

[illegible]

ชื่อย.....ถนน.....ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

เป็นผู้ () รับเงินค่าจัดการศพ () รับเงินสงเคราะห์ () อื่นๆ ที่พึงได้รับ

แทนข้าพเจ้าเพื่อนำเงินดังกล่าวชำระหนี้ของ

สหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด จนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้

เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ)ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

$$\left(\begin{array}{c} \vdots \\ \vdots \\ \vdots \end{array} \right)$$

(ลงชื่อ)ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ)ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

$$\left(\begin{array}{c} \dots \end{array} \right)$$

(.....)

บัตรประชาชน.เลขที่.....

บัตรประชาชนเลขที่.....

(ลงชื่อ)ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ)ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

(.....)

บัตรประชาชน.เลขที่.....

บัตรประชาชนเลขที่.....

(ลงชื่อ)ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจ

(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้รับยินยอมและรับมอบ
อำนาจจริงและได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

(ลงชื่อ)พยาน

(ลงชื่อ) พยาน

(.....)

$$\left(\begin{array}{c} \vdots \\ \vdots \\ \vdots \end{array} \right)$$

(.....)