



แบบตรวจสอบหลักฐานชุดใบสมัคร สส.ชสอ. (ประเภทสมทบ)

สหกรณ์ออมทรัพย์..... รหัส..... พื้นที่.....
 ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร..... เลขบัตรประชาชน.....
 วัน/เดือน/ปี เกิด..... อายุ..... ปี วันที่สมัคร.....
 เลขมาปนกิจ..... รอบสมัคร..... วันที่เริ่มเป็นสมาชิก.....

เอกสารหลักฐานการสมัคร สส.ชสอ. ดังนี้

- 1. ใบสมัครสมาชิก : สส.ชสอ.ส.3/1
- 2. สำหรับเจ้าหน้าที่ กรรมการ ศูนย์ประสานงานและสมาคม : สส.ชสอ.ส.3/2
- 3. หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ : สส.ชสอ.ส.4/1
- 4. ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้ : สส.ชสอ.ส.4/2
- 5. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- 6. สำเนาบัตรประชาชน หรือ บัตรข้าราชการของผู้สมัคร
- 7. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร
- 8. สำเนาบัตรประชาชน หรือ บัตรข้าราชการของผู้รับเงินสงเคราะห์ จำนวน.....คน
- 9. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับเงินสงเคราะห์ จำนวน.....คน
- 10. แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง : สส.ชสอ.ส.5 (30 ก.ย.63)
- 11. ใบรับรองแพทย์ออกโดยโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลของรัฐฉบับจริง (อายุไม่เกิน 30 วัน นับถึงวันที่สมัคร)
- 12. หลักฐานการเป็นสมาชิกประเภทสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด หรือ สส.สท. สส.สก.
- 13. รูปถ่าย ณ วันยื่นเอกสาร ตามแบบฟอร์มที่สมาคมกำหนด
- 14. เอกสารหลักฐานอื่นๆ.....

เจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ	ผู้พิจารณาคุณสมบัติ
เอกสารหลักฐาน <input type="checkbox"/> ครบถ้วน <input type="checkbox"/> ไม่ครบ อื่นๆ..... (.....) ผู้ตรวจสอบเอกสาร / /	เอกสารหลักฐาน <input type="checkbox"/> ครบถ้วน <input type="checkbox"/> ไม่ครบ อื่นๆ..... (.....) ประธาน, รองประธาน / เหนรัญญิก, เลขานุการ / ผู้จัดการ / /

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ :

- 1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการผู้สมัคร
- 2. สำเนาทะเบียนบ้านผู้สมัคร
- 3. ใบรับรองแพทย์ของรัฐฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- 4. แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง
- 5. สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
- 6. รูปถ่าย ณ วันยื่นเอกสาร
- 7. หนังสือรับรองการเป็นสมาชิกประเภทสามัญของ สอ.
- 8. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- 9. ใบสำคัญการเปลี่ยน ชื่อ-สกุล (ถ้ามี)



สส.ชสอ. ส.3/1 (สมทบ)

ประเภทสมทบ

- คู่สมรส ปีตา
- มารดา บุตร
- บัตรบำนาญ

สมัครผ่าน

- ศูนย์ประสานงาน
- ศูนย์ประสานงานระดับจังหวัด

สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม

เลขมาปนกิจ.....
 รบสมัค...../.....

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสมทบ

สมาคมมาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์สมาชิกของชุมนุมสภกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (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
 เป็นสมาชิกสามัญของสภกรณ์ออมทรัพย์.....เลขทะเบียนสมาชิก.....
 โทรศัพท์มือถือ.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....Email.....

(2) กลุ่มวิชาชีพของคุณยประสานงานต้นสังกัด :

ครู สาธารณสุข ทหาร ตำรวจ ราชการ รัฐวิสาหกิจ ประกอบการ สส.สท. สส.สก.
 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) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรกเป็นไปตามประกาศของสมาคม

- ชำระเป็นเงินสด ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน

(5.2) การชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้ารายปีครั้งต่อไป โดยให้สภกรณ์หัก ดังนี้

- ชำระจากเงินปันผล,เฉลี่ยคืน ชำระจากบัญชีโครงการฝากเพื่อสวัสดิการ/เงินฝากในสภกรณ์สมาชิก
- ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน ชำระเป็นเงินสด
- ชำระจากการเก็บเงินล่วงหน้า จากเงินกู้สามัญ อื่นๆ

** ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมมาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์สมาชิกของชุมนุมสภกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ รวมไปถึงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลตามกฎหมายข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินกิจการของสมาคมเท่านั้น **

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 นาย ก สส.ชสอ.

ตรวจสอบแล้วรับรองว่า สมาชิกมีคุณสมบัติครบถูกต้อง

- เห็นควรรับเป็นสมาชิก สส.ชสอ.
- ไม่ควรรับเป็นสมาชิก สส.ชสอ. เนื่องจาก.....

<p>ผู้มีอำนาจเสนอ (แล้วแต่กรณี)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ผู้จัดการ <input type="radio"/> เภรัญญิก/เลขานุการ ศูนย์ฯ <input type="radio"/> รองประธาน 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.....

<p>ผู้มีอำนาจเสนอ (แล้วแต่กรณี)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> กรรมการ สส.ชสอ. <input type="radio"/> อุปนายก สส.ชสอ. <input type="radio"/> นาย ก สส.ชสอ.

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

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

1. ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....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. พึงจ่าย หลังจากหักเงินค่าจัดการศพให้บุคคลที่ระบุไว้และ
ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์.....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).....ผู้สมัคร (ลงชื่อ).....พยาน
(ลงชื่อ).....ผู้จัดการ/จนท.ศูนย์ฯ
(ลงชื่อ).....ประธาน/รองประธาน/กรรมการ ศูนย์ฯ

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 1.1 - 1.6 ตามลำดับก่อนหลัง ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯ แบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัวที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อนโดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
ณ วันที่.....



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

สมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สภรณสมาชิกของชุมนุมสภรณอมทรพยแห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน - อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- 3. ไม่มีจิตพ่นเพื่อน ไม่สมประกอบ

4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

- | | | |
|------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------|
| (4.1) โรคมาเร็ง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี | ระบุ..... |
| (4.2) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี | ระบุ..... |
| (4.3) โรคหัวใจในระยะอันตราย | <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 เป็นความจริงทุกประการ 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

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ 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.....เลขฌาปนกิจ.....

เบอร์ติดต่อ.....

แนบรูปถ่ายผู้สมัครแบบเต็มตัว
ในวันที่สมัคร ณ ศูนย์ประสานงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยื่นเอกสาร

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

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

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