

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

- ☐ สามัญ
- ☐ คู่สมรส
- ☐ บุตร
- ☐ บิดา-มารดา
- ☐ พี่-น้อง

สสอ.1

เลขประจำตัวสมาชิก สสอ.

ใบสมัครสมาชิก

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทย (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 เป็นตามรอบที่ประกาศ

(6.2) วิธีการชำระเงิน

- ☐ ชำระที่ศูนย์ประสานงาน

(7) การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินและชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ดังนี้

- ☐ ชำระที่ศูนย์ประสานงาน
- ☐ หักจากเงินปันผลเฉลี่ยคืน

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์
รัฐวิสาหกิจไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร
(.....)



สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคมประจำศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสอ. ตามข้อบังคับข้อ 10 ของสมาคมฯ และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ และระเบียบสมาคมงานสังคมสงเคราะห์สมาคมของสหกรณ์ออมทรัพย์ 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.....



หนังสือให้คำยินยอมในการแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์และการยินยอมหักเงิน
ของสมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทย (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.....

(1) สถานภาพ

- ☐ โสด ☐ สมรส คู่สมรสชื่อ.....
☐ หย่า ☐ หม้าย

(2) ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาให้บุคคลดังต่อไปนี้ เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวที่ สสอ. พึงจ่าย

- (2.1).....เกี่ยวข้องเป็น.....หมายเลขโทรศัพท์.....
(2.2).....เกี่ยวข้องเป็น.....หมายเลขโทรศัพท์.....
(2.3).....เกี่ยวข้องเป็น.....หมายเลขโทรศัพท์.....
(2.4).....เกี่ยวข้องเป็น.....หมายเลขโทรศัพท์.....
(2.5).....เกี่ยวข้องเป็น.....หมายเลขโทรศัพท์.....
(2.6).....เกี่ยวข้องเป็น.....หมายเลขโทรศัพท์.....

โดยมีเงื่อนไขการรับดังนี้

- ☐ ได้รับส่วนแบ่งเท่ากันทุกคน
☐ อื่น ๆ

ถ้าคนใดตายไปก่อนข้าพเจ้า ผู้นั้นเป็นอันหมดสิทธิ และหากมีเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าเหลืออยู่ ก็ให้มอบ
แก่ผู้มีสิทธิดังกล่าวข้างต้น

(3) กรณีผู้ให้คำยินยอมมีภาระหนี้กับสหกรณ์ต้นสังกัด ผู้รับเงินสงเคราะห์ตามข้อ 2 ให้นำเงินที่ผู้ให้คำ
ยินยอมได้แสดงเจตนาไว้ตามหนังสือฉบับนี้ไปชำระหนี้ให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดของผู้ให้คำยินยอมตาม
จำนวนที่ค้างชำระจนเสร็จสิ้นก่อน โดยผู้รับเงินสงเคราะห์จะได้รับเงินเฉพาะในส่วนที่เหลือจากการชำระหนี้ให้แก่
สหกรณ์ต้นสังกัด และให้ผู้รับเงินสงเคราะห์ได้รับเงินหลังจากสมาคมสมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์สมาชิกของสหกรณ์
ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทยได้จ่ายเงินค่าจัดการศพให้แก่ผู้จัดการศพก่อนเป็นอันดับแรก ผู้ให้คำยินยอมจึงได้ลงชื่อไว้
เป็นหลักฐาน

(4) ข้าพเจ้าในฐานะสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทย (สสอ.) ยินยอมให้สหกรณ์ต้นสังกัดหักเงินปันผลและ/หรือเงินเฉลี่ยคืนเป็นค่าบำรุงรายปีหรือเงินสงเคราะห์ศพล่วงหน้า เพื่อจ่ายให้ สสอ. ต่อไป

ข้าพเจ้าผู้ให้คำยินยอมขอรับรองว่า การให้ความยินยอมในการแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์และการยินยอมให้หักเงินสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทยในครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร

(ลงชื่อ).....ผู้จัดการศูนย์ประสานงานฯ

(ลงชื่อ).....กรรมการ สสอ.

(.....)

หมายเหตุ ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องวิธีการจ่ายค่าจัดการศพ หรือ ค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัว การใช้จ่ายและการเก็บรักษาเงินของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ 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	☐	☐	ระบุ
2. โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด	☐	☐	ระบุ
3. โรคฉี่หนู โรคในกระเพาะอาหาร	☐	☐	ระบุ
4. โรคเบาหวานรุนแรง	☐	☐	ระบุ
5. โรคปอดเรื้อรัง	☐	☐	ระบุ
6. โรคตับแข็ง	☐	☐	ระบุ
7. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	☐	☐	ระบุ
8. ภาวะไตวาย	☐	☐	ระบุ
9. โรคร้ายแรงอื่นๆ			ตามที่แพทย์ระบุ

เรียน นายกสมาคมสมาคมนักส่งเสริมสหกรณ์ของสหกรณ์ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทย (สสอ.)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บตามข้อ

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

หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัว 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 (.....)