

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

สสอ.รท. 1/8



เลขประจำตัวสมาชิก สสอ.รท.....

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัครและผู้รับเงินสงเคราะห์
2. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
3. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
4. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง (ใช้แบบฟอร์มของโรงพยาบาลรัฐบาล) มีอายุไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
5. หนังสือรับรองสุขภาพตนเอง
6. ใบตรวจสุขภาพประจำปี (ปีปัจจุบัน)
7. หนังสือของสหกรณ์รับรองการกู้เงินสามัญ

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ/สมทบ

สมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)
(กรณีกู้เงินสามัญสหกรณ์อายุ 56 - 60 ปี)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน

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

- (1) (1.1) เป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขที่.....
 (1.2) เป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขที่.....
 (1.3) สมาชิก สสอต. สมาชิก สสอค. สมาชิก สสธ. เลขทะเบียน.....
 (1.4) สมาชิก อื่นๆ เลขทะเบียน.....

(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
 เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าปีละ 4,800.- บาท (อายุไม่เกิน 55 ปี)

(6.2) วิธีการชำระเงิน

- ชำระที่ศูนย์ประสานงาน โอนเข้าบัญชีศูนย์ประสานงาน

(7) การชำระเงินเพื่อต่อสมาชิกภาพในปีต่อไป (ประมาณเดือนธันวาคมของทุกปี)

- ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์หักจากเงินปันผล/เงินเฉลี่ยคืนตามจำนวนที่สมาคมเรียกเก็บ
 ชำระที่ศูนย์ประสานงาน โอนเข้าบัญชีศูนย์ประสานงาน

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์และรายละเอียดของข้อบังคับ สมาคมฉบับกิจสภเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์
ราชการไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกและยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขต่างๆ ทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร
(.....)

- หมายเหตุ : 1) ใบสมัคร 1/8 นี้ใช้เฉพาะสมาชิกที่มีอายุเกิน 55 ปี แต่ไม่เกิน 60 ปี ที่มีเงินกู้สามัญสหกรณ์และสหกรณ์ต้นสังกัดได้
รับเป็นศูนย์ประสานงานให้สมาคมแล้วเท่านั้น
2) ให้เขียนใบสมัครด้วยลายมือตนเองเพื่อป้องกันการแก้ไขเปลี่ยนแปลงโดยท่านไม่ทราบ
3) ข้อความใดที่มีการขีด ลบ ชัดฆ่า ขอให้ลงชื่อกำกับ
4) ผู้สมัครต้องกรอกหนังสือรับรองสุขภาพตนเองและมีบุคคลใกล้ชิดเป็นพยาน
5) ผู้สมัครต้องมีใบรับรองแพทย์ของโรงพยาบาลของรัฐที่ไปรับการตรวจที่มีอายุไม่เกิน 30 วัน
6) ผู้สมัครต้องมีใบตรวจสุขภาพประจำปี (ปีปัจจุบัน) และสำเนาสัญญาเงินกู้
7) ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกจะมีสมาชิกภาพสมบูรณ์เมื่อพ้น 6 เดือน นับแต่วันที่คณะกรรมการมีมติรับเข้าเป็น
สมาชิกตามวันที่กำหนดตามข้อบังคับสมาคมฯ ข้อ 12 ยกเว้นกรณีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุและได้มีการพิสูจน์หลักฐาน
จากทางราชการชัดเจนแล้ว



สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว).....
เป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสอ.รท. ตามข้อบังคับข้อ 10.1(1) ของสมาคมฯ และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า และอื่นๆ ตามข้อบังคับ ระเบียบและประกาศของสมาคม ฅาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย เรื่องการรับสมัครสมาชิก สสอ.รท. หรือ การรับสมัครสมาชิกเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

- เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิกสามัญ/สมาชิกสมทบ สสอ.รท.....
 ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงานหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

ความเห็นคณะกรรมการสมาคม สสอ.รท.

- อนุมัติเข้ารับเป็นสมาชิกสามัญ/สมาชิกสมทบ สสอ.รท. ตั้งแต่วันที่.....ตามมติคณะกรรมการครั้งที่.../....
 ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ

1. นายกสมาคม สสอ.รท.

2. กรรมการ สสอ.รท. ปฏิบัติหน้าที่แทนนายก สสอ.รท.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ใบรับรองแพทย์

ใช้แบบฟอร์มของโรงพยาบาลสำหรับแพทย์ผู้ส่งตรวจใบรับการตรวจเท่านั้น

- หมายเหตุ
- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - (2) แพทย์สรุปความเห็นว่าเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือเป็นโรคใด ระบุโรค.....
 - (3) ใบรับรองแพทย์ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
 - (4) ประทับตราโรงพยาบาลของรัฐที่แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกายสังกัดให้ชัดเจน



แบบฟอร์มนี้ให้ใช้ตั้งแต่การสมัครรอบ
8/2563 (สมัครตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2563)
เป็นต้นไป

เรื่อง หนังสือรับรองสุขภาพตนเอง

เรียน นายกสมาคมกานกีสงเคราะห้สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... อายุปี

โทร..... เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....

จำกัด เลขที่สมาชิก..... ได้สมัครเป็นสมาชิก สสอ.รท. รอบการสมัครที่

ได้แนบใบรับรองแพทย์จาก..... แล้ว

และขอเรียนว่าระยะเวลาที่ผ่านมาข้าพเจ้ามีประวัติเกี่ยวกับการตรวจรักษาโรคต่อไปนี้ ดังนี้

- | | | |
|-------------------------------------|--|------------|
| 1. โรคหัวใจหรือหลอดเลือด | <input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี | ระบุ |
| 2. โรคหัวใจในระยะเวลาอันตราย | <input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี | ระบุ |
| 3. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | <input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี | ระบุ |
| 4. โรคมะเร็งทุกชนิด ทุกระยะ | <input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี | ระบุ |
| 5. โรคตับอักเสบ | <input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี | ระบุ |
| 6. โรคปอดเรื้อรัง | <input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี | ระบุ |
| 7. ภาวะไตวาย | <input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี | ระบุ |
| 8. โรคร้ายแรงอื่น ๆ ตามที่แพทย์ระบุ | | |

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่าข้อความตามข้อ 1 - 8 เป็นความจริง

ทุกประการและยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าหรือให้ สสอ.รท. ขอประวัติการรักษาจากสถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าเข้ารับการรักษาหรือที่เกี่ยวข้องได้

หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัวหรือเสียชีวิตภายใน 6 เดือน นับตั้งแต่วันที่สมาคมรับเป็นสมาชิกแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมให้ถือว่าข้าพเจ้าไม่มีสถานะเป็นสมาชิกของ สสอ.รท. มาตั้งแต่วันที่สมัคร ไม่มีสิทธิ์ได้รับเงินสงเคราะห์ และให้ทางสมาคมคืนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าและค่าบำรุงรายปีให้ด้วย

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน (ญาติที่ใกล้ชิด บิดา, มารดา, พี่ น้อง ฯลฯ)

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน (กรรมการ/เจ้าหน้าที่ศูนย์)

(.....) ตัวบรรจง



หนังสือแสดงเจตนาการให้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัว
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)

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.รท. พึ่งจ่าย

(2.1)..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่..... โทร.....

(2.2)..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่..... โทร.....

(2.3)..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่..... โทร.....

โดยมีเงื่อนไขการรับดังนี้ ได้รับส่วนแบ่งเท่ากันทุกคน อื่น ๆ

ถ้าคนใดตายไปก่อนข้าพเจ้า ผู้นั้นเป็นอันหมดสิทธิ และหากมีเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าเหลืออยู่ ก็ให้มอบแก่ผู้มีสิทธิที่เหลืออยู่ดังกล่าวข้างต้น
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดง
เจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(3) ข้าพเจ้าในฐานะสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.) จะนำส่งเงินเป็นค่าบำรุง รายปี
และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าหรือเงินสงเคราะห์ที่ใช้เกินตามที่เรียกเก็บ ส่งศูนย์ประสานงานที่สมัคร หรือ ส่งให้สมาคมกรณีสมัครตรงที่สมาคม สสอ.รท.
ภายในเดือนธันวาคมของทุกปี หรือภายในเวลาที่สมาคมฯ กำหนด

(ลงชื่อ) ผู้สมัคร

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร

(ลงชื่อ) ผู้จัดการศูนย์ประสานงานฯ

(ลงชื่อ) กรรมการ สสอ.รท.

(.....)

หมายเหตุ ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องวิธีการจ่ายค่าจัดการศพ หรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัว การใช้จ่าย
และการเก็บรักษาเงินของสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ วันที่ 27 ธันวาคม 2545 กำหนดให้บุคคลผู้ได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวจะต้องเป็นบุคคลในครอบครัว ดังนี้

1. สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา

2. พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน

3. พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน

4. ปู่ ย่า ตา ยาย

5. หลุง ป้า น้า อา

6. ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู

เรียน นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย

ข้าพเจ้า..... สมาชิกศูนย์ประสานงาน
สหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด ทะเบียนเลขที่.....
ขอสนับสนุนกิจกรรมของกองทุนเพื่อความมั่นคงและช่วยเหลือสมาชิก เป็นเงินจำนวน..... บาท
(.....)

.....ผู้ให้การสนับสนุน
(.....)

.....พยาน
(.....)

.....พยาน(เจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ)
(.....)