

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐมีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
7. แบบรายงานสุขภาพตนเอง



สมัคร ส.ส.ค.

 ปกติ กรณีพิเศษ

ใบสมัครสมาชิกประเภท ก (เจ้าตัว)

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสุรินทร์ จำกัด (ส.ส.ค.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้อมูลสมาชิก

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
 เลขที่ประจำตัวประชาชน --- เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 เพศ ชาย หญิง สถานภาพ โสด สมรสคู่สมรสชื่อ..... หย่า หรือหม้าย

2. ข้อมูลดำรงตำแหน่ง หรือปฏิบัติหน้าที่..... และเป็นสมาชิกสามัญของ
 สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสุรินทร์ จำกัด เลขทะเบียน..... สังกัด.....

3. สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)

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

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

5. การชำระเงิน

(5.1) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก 750 บาท (ค่าสมัคร 100 บาท, ค่าบำรุง 50 บาท, เงินล่วงหน้า 600 บาท)

(5.2) การชำระเงินสงเคราะห์ดังนี้

 หักผ่านใบเสร็จสหกรณ์ฯ หักผ่านบัญชีธนาคารกรุงไทย โอนผ่านบัญชีธนาคาร ชำระด้วยตนเอง

ข้าพเจ้าฯ ได้รับทราบ และเข้าใจในวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์
 ครูสุรินทร์ จำกัด แล้วมีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่ทะเบียน

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก ส.ส.ค. รวมทั้งได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร และชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าครบถ้วน ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ ส.ส.ค. เรื่องรับสมัครสมาชิก ส.ส.ค. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(นายสุราชนันท์ สุราช)

เจ้าหน้าที่ทะเบียนสมาคมฯ

สำหรับนายทะเบียนสมาคมฯ

เรียน นายกสมาคมฯ ปณิกสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสุรินทร์ จำกัด

ตรวจสอบแล้วรับรองว่า สมาชิกมีคุณสมบัติครบถูกต้อง

เห็นควรรับเป็นสมาชิก ส.ส.ค.

ไม่ควรรับเป็นสมาชิก ส.ส.ค. เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(นายอัมรินทร์ บุญเจียม)

นายทะเบียนสมาคมฯ

สำหรับเลขานุการสมาคมฯ

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก ส.ส.ค. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ถูกต้องตามที่สมาคมแจ้งให้ทราบแล้ว

ลงชื่อ.....

(นายประคองศักดิ์ โอบุธงาม)

เลขานุการสมาคมฯ

สำหรับคณะกรรมการ ส.ส.ค.

คำสั่ง อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก ส.ส.ค. ตั้งแต่วันที่.....
(คราวประชุมเมื่อวันที่.....)

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

อุปนายกสมาคมฯ

นายกสมาคมฯ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



**หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสุรินทร์ จำกัด (ส.ส.ค.)**

เขียนที่ สำนักงาน ส.ส.ค.

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1.ข้าพเจ้า(นาย/นาง/น.ส.).....อายุ.....ปี
เลขที่ประจำตัวประชาชน ---- เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสุรินทร์ จำกัด เลขทะเบียนที่.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....มือถือ.....ทำงานประจำในตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

2.หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิให้ผู้รับเงินสงเคราะห์บุคคลใดบุคคลหนึ่งตามที่ระบุไว้ใน ข้อ 3.1 -3.4 เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

3.ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ ส.ส.ค. พึ่งจ่าย หลังจากหักเงินค่าจัดการศพให้บุคคลที่ระบุ และยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสุรินทร์ จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ให้เสร็จสิ้นเท่ากับจำนวนหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคลดังต่อไปนี้

3.1 นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง.....

เลขที่ประจำตัวประชาชน ---- เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....

3.2 นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง.....

เลขที่ประจำตัวประชาชน ---- เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....

3.3 นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง.....

เลขที่ประจำตัวประชาชน ---- เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....

3.4 นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง.....

เลขที่ประจำตัวประชาชน ---- เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....

4. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคลตามข้อบังคับสมาคมฯ หมวด 7 ข้อ 24 และประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) วิธีการจ่ายค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ ข้อ 3) ดังต่อไปนี้

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1.1 สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา | 1.4 ลูก ป้า น้า อา |
| 1.2 พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน | 1.5 ปู่ ย่า ตา ยาย |
| 1.3 พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน | 1.6 ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู |

/ถ้าไม่มีบุคคล.....

ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯจ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลในข้อ 1 ตามลำดับก่อนหลัง ถ้ามีผู้
อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯแบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่
เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

5. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสุรินทร์ จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อนโดย
ขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือ

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ ให้
ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ทะเบียน

(นายสุราชนันท์ สุราช)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จัดการสมาคมฯ

(นางสาวสุดาภรณ์ ช้อนศรี)

(ลงชื่อ).....นายกสมาคมฯ

(นายพงศ์พันธ์ พันธุ์พงศ์)



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....
 สมาชิกสมาคม.....เลขที่สมาชิกสมาคมฯ.....
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ได้ทำการสมัครสมาชิก ส.ส.ค. รอบสมัครเดือน.....
 และขอใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาล.....
 ขอเรียนว่าข้าพเจ้า มีประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

	ไม่มี	มี	
1. โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
2. โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
3. โรควัณโรค	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
4. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
6. โรคไตวาย (ล้างไต)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
7. โรคปอดเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
8. โรคตับแข็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
9. โรคร้ายแรงอื่นๆ ตามที่แพทย์ระบุ.....			ระบุ.....

เรียน นายกสมาคมฉนวนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสุรินทร์ จำกัด (ส.ส.ค.)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับ โรคถือว่าการสมัครเป็นสมาชิกเป็นโมฆะ ให้สมาคม ส.ส.ค. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิกได้ทันที และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์หรือใช้สิทธิ์ใดๆ และขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย รวมทั้งข้าพเจ้าไม่ตั้งใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจากสมาคม ส.ส.ค. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามประกาศสมาคมทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าโดยมอบให้สมาคม ส.ส.ค. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....ผู้สมัครสมาชิก สมาคม ส.ส.ค

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน (เจ้าหน้าที่/กรรมการสมาคม ส.ส.ค.)

(.....)