



สมาคมพัฒนาธุรกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย

เลขที่ 199/8 หมู่ที่ 2 ถนนนครอินทร์ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130

ที่ สส.ชสอ.ว.34/2563

2 ธันวาคม 2563

เรื่อง ประกาศการรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. รอบที่ 3/2564 ถึง รอบที่ 2/2565

เรียน ประธานกรรมการศูนย์ประสานงาน สส.ชสอ. ประจำสหกรณ์ออมทรัพย์ทุกศูนย์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
- | | |
|--|--------------|
| 1. ประกาศการรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. รอบที่ 3/2564 ถึง รอบที่ 2/2565 | จำนวน 1 ชุด |
| 2. ขั้นตอนการดำเนินงาน สำหรับศูนย์ประสานงาน สส.ชสอ. | จำนวน 1 แผ่น |
| 3. แบบฟอร์มการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. | จำนวน 1 ชุด |
| 4. แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง | จำนวน 1 แผ่น |
| 5. แบบตรวจสอบหลักฐานชุดใบสมัคร สส.ชสอ. | จำนวน 1 แผ่น |
| 6. Bill Payment | จำนวน 1 แผ่น |
| 7. ตารางการนับอายุการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. (เอกสารแนบท้าย) | จำนวน 1 แผ่น |

ด้วยสมาคมพัฒนาธุรกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.) ประกาศให้รับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. รอบที่ 3/2564 ถึง รอบที่ 2/2565 รับสมัครวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2564 จำนวนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า 4,840 บาท (รวมค่าสมัครและค่าบำรุง) ซึ่งเป็นไปตามข้อบังคับ ข้อ 16 แก้ไขครั้งที่ 1 พ.ศ. 2559 ประกาศ ณ วันที่ 2 พฤษภาคม 2559 กำหนดรับสมัครสมาชิก ดังนี้

1. ประเภทสามัญ

- เป็นสมาชิกประเภทสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ที่เป็นสมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย
- เป็นสมาชิกประเภทสามัญของสมาคมพัฒนาธุรกิจสงเคราะห์กลุ่มอาชีพ ยกเว้นสมาชิกรับตรง
- มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ณ วันสมัคร
- อายุไม่เกิน 55 ปี (ต้องเป็นผู้ที่เกิดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2509 เป็นต้นไป)

2. ประเภทสมทบ

- เป็นคู่สมรส ของสมาชิกประเภทสามัญ สส.ชสอ.
- เป็นคู่บิดา, มารดา ของสมาชิกประเภทสามัญ สส.ชสอ.
- เป็นบุตร, บุตรบุญธรรม ของสมาชิกประเภทสามัญ สส.ชสอ. (ที่บรรลุนิติภาวะ)
- มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ณ วันสมัคร
- อายุไม่เกิน 55 ปี (ต้องเป็นผู้ที่เกิดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2509 เป็นต้นไป)

สส.ชสอ. จึงส่งประกาศการรับสมัครสมาชิก เพื่อให้ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์ประจำสมาชิก และรับสมัครสมาชิกตามประกาศดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายอุทัย ศรีเทพ)

อุปนายกสมาคม

ปฏิบัติหน้าที่แทนนายกสมาคมพัฒนาธุรกิจสงเคราะห์

สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย



รอบ 3/2564 ถึง 2/2565

ประกาศ

สมาคมฯ ปณิกกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย
ที่ 22/2563

เรื่อง หลักเกณฑ์การรับสมัครสมาชิกสมาคมฯ ปณิกกิจสงเคราะห์
สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย รอบ 3/2564 ถึง 2/2565

อาศัยอำนาจตามความในข้อ 8 ข้อ 9 ข้อ 10 และ ข้อ 11 แห่งข้อบังคับสมาคมฯ ปณิกกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2554 และมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่ 5 ในคราวประชุมครั้งที่ 14/2563 เมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2563 มีมติกำหนดให้มีการรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. รอบ 3/2564 ถึง 2/2565 ให้เป็นไปตามข้อบังคับฯ ดังนี้

1 คุณสมบัติสมาชิกมี 2 ประเภท ดังนี้

1.1 ประเภทสามัญ ต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

- 1.1.1 เป็นสมาชิกประเภทสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ (ที่เป็นสมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย)
- 1.1.2 เป็นสมาชิกประเภทสามัญของสมาคมฯ ปณิกกิจสงเคราะห์กลุ่มอาชีพกวนสมาชิกโดยตรง
- 1.1.3 มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ณ วันสมัคร
- 1.1.4 อายุไม่เกิน 55 ปี (ผู้ที่เกิดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2509 เป็นต้นไป) ต้องสมัครภายใน 31 ธันวาคม 2564 เท่านั้น

1.2 ประเภทสมทบ ต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

- 1.2.1 เป็นคู่สมรส ของสมาชิกประเภทสามัญสมาคมฯ ปณิกกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย
- 1.2.2 เป็นเจ้าหน้าที่ ของสมาคมฯ ปณิกกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย
- 1.2.3 เป็นบิดา มารดา ของสมาชิกประเภทสามัญสมาคมฯ ปณิกกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย
- 1.2.4 เป็นบุตร บุตรบุญธรรม ของสมาชิกประเภทสามัญสมาคมฯ ปณิกกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (ที่บรรลุนิติภาวะ)
- 1.2.5 มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ณ วันสมัคร
- 1.2.6 อายุไม่เกิน 55 ปี (ผู้ที่เกิดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2509 เป็นต้นไป) ต้องสมัครภายใน 31 ธันวาคม 2564 เท่านั้น

2 แบบฟอร์มการสมัคร

- 2.1 ใบสมัคร พร้อมหนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
- 2.2 ขอรับแบบฟอร์มใบสมัครที่สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด หรือดาวน์โหลดจาก www.fscct.or.th

3 หลักฐาน

- 3.1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรข้าราชการ

- 3.2 สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3.3 ใบรับรองแพทย์แผนปัจจุบัน ออกโดยโรงพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลของรัฐฉบับจริง (อายุไม่เกิน 30 วัน ถึงวันที่สมัคร)
- 3.4 แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง สส.ชสอ.ส.5 (30 ก.ย. 63) โดยให้ผู้สมัครรับรองประวัติการรักษาโรคตามประกาศ ฉบับที่ 17/2563 เรื่องการกำหนดโรคที่ไม่รับเป็นสมาชิก พร้อมทั้งให้เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน และผู้รับเงินสงเคราะห์ ลงนามเป็นพยาน
- 3.5 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับเงินสงเคราะห์
- 3.6 สำเนาเอกสารประกอบอื่นๆ ตามที่กำหนด เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ นามสกุล เป็นต้น
- 3.7 สำเนาใบสำคัญแสดงการจดทะเบียนสมรส กรณีสมาชิกสมทบ สำหรับผู้ที่ใช้คำนำหน้านาม “นางสาว” หรือใช้นามสกุลเดิมต้องแนบ แบบ คร. 2 ที่ทางราชการออกให้ จำนวน 2 ฉบับ
- 3.8 ทะเบียนรับรองบุตร (กรณีเป็นสมาชิกสมทบประเภทบุตรบุญธรรม)
- 3.9 หนังสือยืนยันการเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ (กรณีสมาชิกรับตรง)
- 3.10 รูปถ่ายสมาชิกแบบเต็มตัว พร้อมพิมพ์ใส่กระดาษ A4 (ถ่ายรูป ณ วันที่สมัคร)

4 การสมัคร

- 4.1 สมัครพร้อมเอกสารหลักฐานด้วยตนเองที่สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดที่เป็นศูนย์ประสานงานของสมาคมฯ โดยสมาคมฯ จะแต่งตั้งผู้ปฏิบัติงานทำหน้าที่รับสมัคร
- 4.2 สำหรับสมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ที่ยังไม่เป็นศูนย์ประสานงาน ให้ยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารหลักฐานด้วยตนเอง ณ ที่ทำการสมาคมฯ อาคารสวัสดิการฅาปนกิจสงเคราะห์ สหกรณ์ออมทรัพย์ไทย ชั้น 6 เลขที่ 199/8 หมู่ที่ 2 ถนนนครอินทร์ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี
- 4.2 กำหนดการสมัคร รอบ 3/2564 ถึง รอบ 2/2565 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2564
- 4.3 ชำระเงินค่าสมัคร 20 บาท เงินค่าบำรุง 20 บาท เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า 4,800 บาท รวมเป็นเงิน 4,840 บาท

5 ขั้นตอนการดำเนินงาน

- 5.1 รับสมัครสมาชิก รับเงินค่าสมัคร ค่าบำรุงและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า พร้อมตรวจสอบหลักฐาน และตรวจสอบคุณสมบัติผู้สมัคร บันทึกข้อมูลรายบุคคลลงโปรแกรมฅาปนกิจสงเคราะห์ (หมายเหตุ ถ้าหากไม่ค้ำยข้อมูลให้ครบถ้วนภายในระยะเวลาที่กำหนดและไม่แจ้งมายัง สส.ชสอ. สมาชิกจะได้รับสิทธิ์ในรอบต่อไป) ภายในวันที่ 1 ถึงวันสิ้นเดือนของทุกเดือน
- 5.2 ศูนย์ประสานงานฯ ประชุม พิจารณาคุณสมบัติผู้สมัครเบื้องต้น ภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป
- 5.3 ศูนย์ฯ ต้องนำส่งเอกสารประกอบการสมัครมายัง สส.ชสอ. ภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป ดังนี้
 - หนังสือยืนยันข้อมูลสมาชิก
 - เอกสารหลักฐานการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. ฉบับจริง (ทั้งชุด)
 - ใบรับรองแพทย์และแบบคำรับรองสุขภาพตนเอง ฉบับจริง
- รูปถ่ายสมาชิกแบบเต็มตัว พร้อมพิมพ์ใส่กระดาษ A4 (ถ่ายรูป ณ วันที่สมัคร)
- 5.4 สส.ชสอ. ประชุมพิจารณาคุณสมบัติและอนุมัติการเป็นสมาชิก ภายในวันที่ 22-31 ของเดือนถัดไป

5.5 ศูนย์ฯ โอนเงินค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ให้ สส.ชสอ. ภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป ดังนี้

- เงินค่าสมัคร 20 บาท และเงินค่าบำรุง 20 บาท รวม 40 บาท ส่ง สส.ชสอ. 20 บาท
- เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า 4,800 บาท ส่ง สส.ชสอ. 4,800 บาท
- สรุปศูนย์ฯ ต้องส่งเงินให้สมาคมฯ **รวมเป็นเงิน 4,820 บาทต่อคน**

- การโอนเงิน

สามารถโอนเงินเข้าบัญชีสมาคมได้ 2 ธนาคาร โดยผ่านระบบ Bill Payment เท่านั้น (แบบฟอร์มตามเอกสารแนบที่ 6)

1. ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 468-0-31959-8 สาขาบางกรวย ประเภทกระแสรายวัน
2. ธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี 108-6-08932-4 สาขานนทบุรี ประเภทกระแสรายวัน
(หมายเหตุ ให้โอนเงินให้สมาคม 2 บัญชีนี้เท่านั้น ในระบบ Bill Payment หากไม่โอนเงินมายัง สส.ชสอ. ภายในระยะเวลาที่กำหนด สมาชิกจะได้รับสิทธิในรอบต่อไป)

6 การแจ้งรายชื่อสมาชิกที่ผ่านการอนุมัติ

สส.ชสอ. แจ้งรายชื่อสมาชิกที่ได้รับสิทธิสมาชิกภาพการเป็นสมาชิก สส.ชสอ. โดยจัดทำทะเบียนและบัตรสมาชิก ส่งให้ทางศูนย์ประสานงาน ที่รับสมัครในรอบตามกำหนดการที่แนบ

7 ติดต่อสอบถาม

1. ที่ตั้งสำนักงาน อาคาร สม.สอ. ชั้น 6 เลขที่ 199/8 หมู่ 2 ถ.นครอินทร์ ต.บางสีทอง อ.บางกรวย จ.นนทบุรี 11130

2. เบอร์ติดต่อ

- โทรศัพท์สำนักงาน : 0-2496-1251-2 โทรสาร : 0-2496-1253
- เบอร์โทรศัพท์ นายสมชาย รัตนอารี ผู้จัดการ : 08-1686-9760
- เบอร์โทรศัพท์ ฝ่ายธุรการ : 09-2208-1162
- เบอร์โทรศัพท์ ฝ่ายทะเบียน : 08-1826-1140 , 09-2208-1316
- เบอร์โทรศัพท์ ฝ่ายการเงิน : 08-1826-1104 , 09-2208-1317
- เบอร์โทรศัพท์ ฝ่ายบัญชี : 08-1907-2641

3. ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด

ให้ศูนย์ประสานงาน สส.ชสอ. รับสมัครและประชาสัมพันธ์ให้สมาชิกทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๕ ธันวาคม พ.ศ. 2563



(นายอุทัย ศรีเทพ)

อุปนายกสมาคม

ปฏิบัติหน้าที่แทนนายกสมาคมฯ ปณิกสงเคราะห์

สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย

ขั้นตอนการดำเนินงาน : สำหรับศูนย์ประสานงาน สส.ชสอ.

รอบ 3/2564 ถึง 2/2565

ลำดับ	รอบ	รับสมัครสมาชิก	บันทึกข้อมูลในโปรแกรม	ศูนย์ประชุมพิจารณาเบื้องต้น	ส่งใบรับรองแพทย์และส่งเงินมัดจำสมาคม	สมาคมประชุมพิจารณาอนุมัติสมาชิก	สมาชิกได้รับสิทธิสมาชิกภาพ สส.ชสอ
1	3/2564	1-31 ม.ค. 2564	1-31 ม.ค. 2564	1-5 ก.พ. 2564	ภายใน 10 ก.พ. 2564	25-28 ก.พ. 2564	1 มี.ค. 2564
2	4/2564	1-28 ก.พ. 2564	1-28 ก.พ. 2564	1-5 มี.ค. 2564	ภายใน 10 มี.ค. 2564	25-31 มี.ค. 2564	1 เม.ย. 2564
3	5/2564	1-31 มี.ค. 2564	1-31 มี.ค. 2564	1-5 เม.ย. 2564	ภายใน 10 เม.ย. 2564	25-30 เม.ย. 2564	1 พ.ค. 2564
4	6/2564	1-30 เม.ย. 2564	1-30 เม.ย. 2564	1-5 พ.ค. 2564	ภายใน 10 พ.ค. 2564	25-31 พ.ค. 2564	1 มิ.ย. 2564
5	7/2564	1-31 พ.ค. 2564	1-31 พ.ค. 2564	1-5 มิ.ย. 2564	ภายใน 10 มิ.ย. 2564	25-30 มิ.ย. 2564	1 ก.ค. 2564
6	8/2564	1-30 มิ.ย. 2564	1-30 มิ.ย. 2564	1-5 ก.ค. 2564	ภายใน 10 ก.ค. 2564	25-31 ก.ค. 2564	1 ส.ค. 2564
7	9/2564	1-31 ก.ค. 2564	1-31 ก.ค. 2564	1-5 ส.ค. 2564	ภายใน 10 ส.ค. 2564	25-31 ส.ค. 2564	1 ก.ย. 2564
8	10/2564	1-31 ส.ค. 2564	1-31 ส.ค. 2564	1-5 ก.ย. 2564	ภายใน 10 ก.ย. 2564	25-30 ก.ย. 2564	1 ต.ค. 2564
9	11/2564	1-30 ก.ย. 2564	1-30 ก.ย. 2564	1-5 ต.ค. 2564	ภายใน 10 ต.ค. 2564	25-31 ต.ค. 2564	1 พ.ย. 2564
10	12/2564	1-31 ต.ค. 2564	1-31 ต.ค. 2564	1-5 พ.ย. 2564	ภายใน 10 พ.ย. 2564	25-30 พ.ย. 2564	1 ธ.ค. 2564
11	1/2565	1-30 พ.ย. 2564	1-30 พ.ย. 2564	1-5 ธ.ค. 2564	ภายใน 10 ธ.ค. 2564	25-31 ธ.ค. 2564	1 ม.ค. 2565
12	2/2565	1-31 ธ.ค. 2564	1-31 ธ.ค. 2564	1-5 ม.ค. 2565	ภายใน 10 ม.ค. 2565	25-31 ม.ค. 2565	1 ก.พ. 2565

หมายเหตุ :

- กรณีที่ศูนย์ประสานงานไม่ส่งเงินมายัง สส.ชสอ. ถือว่าการพิจารณาคุณสมบัติ ยังไม่สิ้นสุดสมาชิกยังไม่มีผลสมบูรณ์ ตามข้อบังคับ ข้อ 11 ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกจะมีสมาชิกภาพสมบูรณ์เริ่มตั้งแต่วันที่คณะกรรมการมีมติรับเข้าเป็นสมาชิก และได้ชำระเงินค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าตามที่สมาคมกำหนดแก่สมาคมแล้ว
- กำหนดการอาจเปลี่ยนแปลงตามเหมาะสม
- ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ สส.ชสอ. โทรศัพท์ 0-2496-1251-2, 08-1826-1140, 08-1826-1104 โทรสาร 0-2496-1253 หรือทาง E-mail : fsct.ifscct@gmail.com

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ :

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยน ชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์ของรัฐฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
7. แบบรายงานสุขภาพตนเอง



สส.ชสอ. ส.1/1 (สามัญ)

สมัครผ่าน

- ศูนย์ประสานงาน
 ศูนย์ประสานงานระดับจังหวัด

เลขหมายปณิก.....

รอบการสมัคร/.....

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ

สมาคมอาสาสมัครสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(1) ข้อมูลสมาชิก

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน -

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง

สถานภาพ โสด สมรส คู่สมรสชื่อ..... หย่า หรือ หม้าย

สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขทะเบียนสมาชิก.....

(2) ข้อมูลดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ เป็น

- ครู สาธารณสุข ทหาร ตำรวจ ราชการ รัฐวิสาหกิจ ประกอบการ

สังกัด.....หน่วยงาน.....ดำรงตำแหน่ง.....

(3) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....

(4) ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์มือถือ.....E-Mail.....

(5) การชำระเงิน

(5.1) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก จำนวน 4,840 บาท ดังนี้

- ชำระเป็นเงินสด ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน

(5.2) การชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้ารายปีครั้งต่อไป โดยให้สหกรณ์หักจาก ดังนี้

- ชำระเป็นรายปี (12 งวด) ชำระจากเงินปันผล/เฉลี่ยคืน
 ชำระเป็นราย 3 เดือน (4 งวด) ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน
 ชำระเป็นราย 6 เดือน (2 งวด) ชำระจากการเก็บเงินล่วงหน้า จากเงินกู้สามัญ
 ชำระจากบัญชีโครงการฝากเพื่อสวัสดิการ/เงินฝากในสหกรณ์สมาชิก

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมอาสาสมัครสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาวเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. รวมทั้งได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร และชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าครบถ้วน ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สส.ชสอ. เรื่องรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการศูนย์ประสานงาน

เรียน นาย/นาง/นางสาว สส.ชสอ.

ตรวจสอบแล้วรับรองว่า สมาชิกมีคุณสมบัติครบถูกต้อง

เห็นควรรับเป็นสมาชิก สส.ชสอ.

ไม่ควรรับเป็นสมาชิก สส.ชสอ. เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจเสนอ (แล้วแต่กรณี)

- เภรัญญิก/เลขานุการ ศูนย์ฯ
- อุปนายก ศูนย์ฯ
- ประธานศูนย์ฯ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ สส.ชสอ.

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ถูกต้องตามที่ศูนย์ประสานงานแจ้งให้กับทาง สส.ชสอ.ทราบแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการ สส.ชสอ.

กำลัง อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สส.ชสอ. ตั้งแต่วันที่.....
(คราวประชุมเมื่อวันที่.....)

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- เภรัญญิก/เลขานุการ สส.ชสอ.
- อุปนายก สส.ชสอ.
- นาย/นาง 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.....โทรศัพท์.....มือถือ.....
ทำงานประจำในตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน.....ต่อ.....

2.หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิให้.....
บัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องกับ.....เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สส.ชสอ. พึ่งจ่าย หลังจากหักเงินค่าจัดการศพให้บุคคลที่ระบุไว้
และยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้
ให้เสร็จสิ้นเท่ากับจำนวนหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้

3.1บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทร.....เกี่ยวข้องกับ.....

3.2บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทร.....เกี่ยวข้องกับ.....

3.3บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทร.....เกี่ยวข้องกับ.....

3.4บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทร.....เกี่ยวข้องกับ.....

3.5บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทร.....เกี่ยวข้องกับ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ
ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ)ผู้ให้คำยินยอม (ลงชื่อ)พยาน

(ลงชื่อ)ผู้จัดการ/จนท.ศูนย์ประสานงาน (ลงชื่อ)ประธานศูนย์ประสานงาน

ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคล (ตามข้อบังคับ ฯ หมวด 7 ข้อ 23 และประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมฯ วิธีการจ่ายค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ 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. ตามลำดับก่อนหลัง ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯ แบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อน โดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ณ วันที่



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

เขียนที่ วันที่ เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

เลขประจำตัวประชาชน □□□□□□-□□□□□□-□□□□□□ อายุ ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. ดังนี้

1. มีสุขภาพแข็งแรง
2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้
- (4.1) โรคมะเร็ง ไม่มี มี ระบุ.....
- (4.2) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด ไม่มี มี ระบุ.....
- (4.3) โรคหัวใจในระยยะอันตราย ไม่มี มี ระบุ.....
- (4.4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง ไม่มี มี ระบุ.....
- (4.5) โรคเอดส์ ไม่มี มี ระบุ.....
- (4.6) โรคเอสแอลอี (SLE) ไม่มี มี ระบุ.....
- (4.7) โรคตับแข็ง ไม่มี มี ระบุ.....
- (4.8) โรคปอดเรื้อรัง ไม่มี มี ระบุ.....
- (4.9) ภาวะไตวาย (ล้างไต) ไม่มี มี ระบุ.....
5. โรคร้ายแรงอื่นๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่า บันทึกถ้อยคำดังกล่าวที่ได้ให้ไว้ ข้างต้น เป็นความจริงทุกประการหากบันทึกถ้อยคำที่ได้แจ้งไว้ไม่ตรงกับความเป็นจริงแล้ว 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

ลงชื่อ

ตัวบรรจง (.....)

ตัวบรรจง (.....)

พยาน (เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน)

พยาน (ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ :

- 1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ
- 2. สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3. สำเนาทะเบียนสมรส
- 4. ใบสำคัญการเปลี่ยน ชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
- 5. ใบรับรองแพทย์ของรัฐฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- 6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
- 7.แบบรายงานสุขภาพตนเอง
- 8. ทะเบียนรับรองบุตร



สส.ชสอ. ส.3/1 (สมทบ)

ประเภทสมทบ

- คู่สมรส บิดา
- มารดา บุตร
- บุตรบุญธรรม

เลขอาปนกิจ.....

รอบการสมัคร

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสมทบ

สมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์สมาชิกของชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(1) ข้อมูลสมาชิก

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง

สถานภาพ โสด สมรส คู่สมรสชื่อ..... หย่า หรือ หม้าย

มาสมัครสมาชิกสมทบของนาย/นาง/นางสาว..... เป็นสมาชิกสามัญ

สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์..... เลขทะเบียนสมาชิก.....

(2) ข้อมูลดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ เป็น

ครู สาธารณสุข ทหาร ตำรวจ ราชากร รัฐวิสาหกิจ ประกอบการ อื่นๆระบุ.....

สังกัด.....หน่วยงาน.....ดำรงตำแหน่ง.....

(3) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....

(4) ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ..... Email.....

(5) การชำระเงิน

(5.1) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก จำนวน 4,840 บาท ดังนี้

- ชำระเป็นเงินสด ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน

(5.2) การชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้ารายปีครั้งต่อไป โดยให้สหกรณ์หักจาก ดังนี้

- ชำระเป็นรายเดือน (12 งวด) ชำระจากเงินปันผล/เฉลี่ยคืน
- ชำระเป็นราย 3 เดือน (4 งวด) ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน
- ชำระเป็นราย 6 เดือน (2 งวด) ชำระจากการเก็บเงินล่วงหน้า จากเงินกู้สามัญ
- ชำระจากบัญชีโครงการฝากเพื่อสวัสดิการ/เงินฝากในสหกรณ์สมาชิก

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์สมาชิกของชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาวเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. รวมทั้งได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร และชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าครบถ้วน ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สส.ชสอ. เรื่องรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการศูนย์ประสานงาน

เรียน นายก สส.ชสอ.

ตรวจสอบแล้วรับรองว่า สมาชิกมีคุณสมบัติครบถูกต้อง

เห็นควรรับเป็นสมาชิก สส.ชสอ.

ไม่ควรรับเป็นสมาชิก สส.ชสอ. เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจเสนอ (แล้วแต่กรณี)

เภรัญญิก/เลขานุการ ศูนย์ฯ

อุปนายก ศูนย์ฯ

ประธานศูนย์ฯ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ สส.ชสอ.

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สส.ชสอ. เรื่องรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการ สส.ชสอ.

กำลัง อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สส.ชสอ. ตั้งแต่วันที่.....
(คราวประชุมเมื่อวันที่.....)

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

เภรัญญิก/เลขานุการ สส.ชสอ.

อุปนายก สส.ชสอ.

นายก 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..... โทรศัพท์..... มือถือ.....

ทำงานประจำในตำแหน่ง..... สถานที่ทำงาน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... ต่อ.....

2.หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิให้.....

บัตรประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น..... เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สส.ชสอ. พึงจ่าย หลังจากหักเงินค่าจัดการศพให้บุคคลที่ระบุไว้
และยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้

ให้เสร็จสิ้นเท่ากับจำนวนหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้

3.1บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทร..... เกี่ยวข้องเป็น.....

3.2บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทร..... เกี่ยวข้องเป็น.....

3.3บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทร..... เกี่ยวข้องเป็น.....

3.4บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทร..... เกี่ยวข้องเป็น.....

3.5บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทร..... เกี่ยวข้องเป็น.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการ
ใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ)ผู้ให้คำยินยอม (ลงชื่อ)พยาน

(ลงชื่อ)ผู้จัดการ/จนท.ศูนย์ประสานงาน (ลงชื่อ)ประธานศูนย์ประสานงาน

ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคล(ตามข้อบังคับ ฯ หมวด7 ข้อ 23 และประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมฯ วิธีการจ่ายค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ ข้อ 3) ดังต่อไปนี้

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

ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯ จ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 1. ตามลำดับก่อนหลัง ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯ แบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อนโดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
ณ วันที่



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

เลขประจำตัวประชาชน - อายุ ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- 3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
- 4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้
 - (4.1) โรคเมเร็ง ไม่มี มี ระบุ.....
 - (4.2) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด ไม่มี มี ระบุ.....
 - (4.3) โรคหัวใจในระยะอันตราย ไม่มี มี ระบุ.....
 - (4.4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง ไม่มี มี ระบุ.....
 - (4.5) โรคเอดส์ ไม่มี มี ระบุ.....
 - (4.6) โรคเอสแอลอี (SLE) ไม่มี มี ระบุ.....
 - (4.7) โรคตับแข็ง ไม่มี มี ระบุ.....
 - (4.8) โรคปอดเรื้อรัง ไม่มี มี ระบุ.....
 - (4.9) ภาวะไตวาย (ล้างไต) ไม่มี มี ระบุ.....
- 5. โรคร้ายแรงอื่นๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่า บันทึกถ้อยคำดังกล่าวที่ได้ให้ไว้ ข้างต้น เป็นความจริงทุกประการหาก บันทึกถ้อยคำที่ได้แจ้งไว้ไม่ตรงกับความเป็นจริงแล้ว 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

ลงชื่อ

ตัวบรรจง (.....)

ตัวบรรจง (.....)

พยาน (เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน)

พยาน (ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)

๑ แบบตรวจสอบหลักฐานชุดใบสมัคร สส.ชสอ. (รายบุคคล)

สหกรณ์ออมทรัพย์ รหัส : พื้นที่ :

ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร เลขมาปนกิจ

วัน/เดือน/ปี เกิด : อายุ ปี เลขบัตรประชาชน :

รอบ วันที่สมัคร วันที่เริ่มเป็นสมาชิก

เอกสารหลักฐานการสมัคร สส.ชสอ. มีดังนี้

- 1. ใบสมัครสมาชิก สส.ชสอ. ส.1/1
- 2. สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ / กรรมการศูนย์ สส.ชสอ. ส.1/2
- 3. หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงินและแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ฯ สส.ชสอ. ส.2/1
- 4. ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้ สส.ชสอ. ส.2/2
- 5. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชนของผู้สมัคร
- 6. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร
- 7. แบบรายงานสุขภาพตนเอง
- 8. ใบรับรองแพทย์
- 9. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชนของผู้รับเงินสงเคราะห์ จำนวน คน
- 10. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับเงินสงเคราะห์ จำนวน คน
- 11. ทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- 12. หลักฐานแสดงการเป็นสมาชิก (ถ้ามี)
- 13. รูปถ่ายสมาชิก ณ วันที่สมัคร (ปรีนใส่กระดาษ A4)
- 14. เอกสารหลักฐานอื่นๆ

ผลการตรวจสอบ	กรรมการผู้พิจารณา
เอกสาร <input type="checkbox"/> ครบถ้วน <input type="checkbox"/> ไม่ครบ อื่นๆ..... (.....)	เอกสาร <input type="checkbox"/> ครบถ้วน <input type="checkbox"/> ไม่ครบ อื่นๆ..... (.....)
ตำแหน่งผู้ตรวจสอบ	ตำแหน่ง



โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากผู้ชำระเงิน

เพื่อเข้าบัญชี สมาคมพาณิชย์สงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย

SCB เลขที่บัญชี 468-031959-8 (Bill Payment)(20/20)* วันที่

KTB Company code 7204 (Bill Payment)(20/20)* สาขา

ชื่อสหกรณ์

รหัสสหกรณ์ : (Ref.No.1) :

--	--	--	--	--	--	--	--

 กฎธรรมาเลขรหัสสหกรณ์ ให้ครบ 6 ตัว (ตัวอย่าง ธส.กรุงจะเชิงตรา รหัส 0001 เป็น 000001)

ประเภทการโอนเงิน : (Ref.No.2) :

--	--	--

 กรุณาเลือกประเภทการโอนเงิน
 101 (ค่าสมัคร,ค่าบำรุง,เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า) 102 (เงินคงสภาพสมาชิก)
 103 (เงินบริหาร 2 %) 104 (เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือ 70 %)
 105 (อื่นๆ

จำนวนเงิน (บาท)	
(ตัวอักษร)	(ตัวเลข)

หมายเหตุ :
 แบบฟอร์ม 1 ใบ ต่อการโอน 1 รายการ เท่านั้น

ชื่อผู้นำฝาก
 เบอร์โทร.....

ชำระด้วยเงินสดที่ธนาคารได้ทุกสาขา

สอบถาม กรุณาติดต่อ ฝ่ายการเงิน สส.ชสอ. โทร. 02-496-1251-2 ต่อ 107,105

เจ้าหน้าที่ธนาคารผู้รับเงิน

(ค่าธรรมเนียม 20 บาท/รายการทั่วประเทศ)



โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากผู้ชำระเงิน

เพื่อเข้าบัญชี สมาคมพาณิชย์สงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย

SCB เลขที่บัญชี 468-031959-8 (Bill Payment)(20/20)* วันที่

KTB Company code 7204 (Bill Payment)(20/20)* สาขา

ชื่อสหกรณ์

รหัสสหกรณ์ : (Ref.No.1) :

--	--	--	--	--	--	--	--

 กฎธรรมาเลขรหัสสหกรณ์ ให้ครบ 6 ตัว (ตัวอย่าง ธส.กรุงจะเชิงตรา รหัส 0001 เป็น 000001)

ประเภทการโอนเงิน : (Ref.No.2) :

--	--	--

 กรุณาเลือกประเภทการโอนเงิน
 101 (ค่าสมัคร,ค่าบำรุง,เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า) 102 (เงินคงสภาพสมาชิก)
 103 (เงินบริหาร 2 %) 104 (เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือ 70 %)
 105 (อื่นๆ

จำนวนเงิน (บาท)	
(ตัวอักษร)	(ตัวเลข)

หมายเหตุ :
 แบบฟอร์ม 1 ใบ ต่อการโอน 1 รายการ เท่านั้น

ชื่อผู้นำฝาก
 เบอร์โทร.....

ชำระด้วยเงินสดที่ธนาคารได้ทุกสาขา

สอบถาม กรุณาติดต่อ ฝ่ายการเงิน สส.ชสอ. โทร. 02-496-1251-2 ต่อ 107,105

เจ้าหน้าที่ธนาคารผู้รับเงิน

(ค่าธรรมเนียม 20 บาท/รายการทั่วประเทศ)



สมาคมแพทยสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย

เลขที่ 199/8 หมู่ที่ 2 ถนนนครอินทร์ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130

เอกสารแนบท้าย

คุณสมบัติการสมัครเป็นสมาชิก สส.ชสอ.

1. ประเภทสามัญ

- เป็นสมาชิกประเภทสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ (ที่เป็นสมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย)
- เป็นสมาชิกประเภทสามัญของสมาคมแพทยสงเคราะห์กลุ่มอาชีพกวันสมาชิกโดยตรง
- มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ณ วันสมัคร

2. ประเภทสมทบ

- เป็นคู่สมรส ของสมาชิกประเภทสามัญ สส.ชสอ.
- เป็นเจ้าหน้าที่ ของสมาคมแพทยสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย
- เป็นบิดา มารดา ของสมาชิกประเภทสามัญ สส.ชสอ.
- เป็นบุตร บุตรบุญธรรม ของสมาชิกประเภทสามัญ สส.ชสอ. (ที่บรรลุนิติภาวะ)
- มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ณ วันสมัคร

3. ช่วงอายุในการเปิดรับสมัครสมาชิกประเภทสามัญ และ ประเภทสมทบ

ตารางการลดอายุสมาชิกประกอบการรับสมัครถึงปี พ.ศ. 2562 - 2565

ลำดับ	ปี พ.ศ.ที่รับสมัคร	อายุที่จะรับสมัคร	พ.ศ.ที่เกิด
1	2563	55	2508
		54	2509
2	2564	55	2509
		54	2510
3	2565	55	2510
		54	2511

หมายเหตุ : การปรับลดอายุในการรับสมัครสมาชิกปี 2565 ขึ้นอยู่กับมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ สส.ชสอ.