

## เอกสารประกอบ :

1. สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรข้าราชการ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (กรณีสมบทคู่สมรส)
4. ในสำคัญการเปลี่ยน ชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ในรับรองแพทย์ของรัฐบาลจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
- 7.แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง
- 8.ใบเสร็จของสอ./ใบเสร็จของสมาชิกประเภทสามัญสมาคมภายนอก  
สงเคราะห์กลุ่มวิชาชีพนั้น
9. ทะเบียนรับรองบุตร



สมัครผ่าน

- ศูนย์ประสานงานต้นสังกัด
- ศูนย์ประสานงาน สอ.....

เลขประจำกิจ.....

รอบการสมัคร.....

## ใบสมัครสมาชิก ประเภทสมทบ

สมาคมภายนอกกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย (สส.สท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

## (1) ข้อมูลสมาชิก

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

เลขประจำตัวประชาชน  เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....เพศ  ชาย  หญิง  สถานภาพ  โสด  สมรส  คู่สมรสซึ่ง.....  หย่า  หม้าย (1.1) เป็นสมาชิกประเภทสมบทของสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด เลขที่เบียนสมาชิก..... (1.2) เป็นสมาชิกสามัญหรือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานของสมาคมภายนอกกิจสังเคราะห์กลุ่มวิชาชีพอื่น สรส.สอ.  สรสอ.  สรสท.  สรสอ.  สรส.ร.  สรส.ร.  สรส.สก. เลขที่เบียนสมาชิก..... (1.3) เป็นบุคคลในครอบครัวของสมาชิกประเภทสามัญของสมาคม สส.สท. หรือกลุ่มวิชาชีพอื่นประเภท  คู่สมรส  บุตร  บุตรบุญธรรม  บิดา  มารดา  พี่  น้อง

ของ..... สามี/ภรรยา..... จำกัด เลขที่เบียนสมาชิก.....

 (1.4) เป็นบุคคลในครอบครัวของสมาชิกสามัญหรือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสมาคมภายนอกกิจสังเคราะห์กลุ่มวิชาชีพอื่นประเภท  คู่สมรส  บุตร  บุตรบุญธรรม  บิดา  มารดา  พี่  น้อง

ของ..... สามี/ภรรยา..... จำกัด เลขที่เบียนสมาชิก.....

 (1.5) เป็นบุคคลในครอบครัวของสมาชิกสามัญหรือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสมาคมภายนอกกิจสังเคราะห์กลุ่มวิชาชีพอื่นประเภท  คู่สมรส  บุตร  บุตรบุญธรรม  บิดา  มารดา  พี่  น้อง ของ.....

สามี/ภรรยา..... สามี/ภรรยา..... จำกัด เลขที่เบียนสมาชิก.....

## (2) ข้อมูลดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ เป็น (กลุ่มวิชาชีพ)

 ครุ  สาธารณสุข  ทหาร  ตำรวจ  ราชการ  รัฐวิสาหกิจ  ประกอบการ  อื่น ระบุ.....

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..... โทรศัพท์มือถือ..... เบอร์ติดต่อกรณีฉุกเฉิน..... Email.....

## (5) การชำระเงิน (5.1) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก จำนวน 12,150 บาท ดังนี้

 รับตรง  เป็นเงินสด/การโอนผ่านศูนย์ประสานงาน  เป็นเงินสด/การโอน  จากการเพิ่มเงินในการกู้

(5.2) การชำระเงินสังเคราะห์ล่วงหน้ารายปีครั้งต่อไป

 รับตรง  เป็นเงินสด/การโอน

ผ่านศูนย์ประสานงาน โดยให้สมาคมภายนอกกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ไทยแล้ว มีความประสงค์มั่นคงเป็นสมาชิก และยินยอม

 เป็นเงินสด/การโอน  โอนบัญชีโดยการฝากเพื่อสวัสดิการ/เงินฝากในสหกรณ์สมาชิก การเพิ่มเงินในการกู้  บัญชีโครงการฝากเพื่อสวัสดิการ/เงินฝากในสหกรณ์สมาชิก

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมภายนอกกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ไทยแล้ว มีความประสงค์มั่นคงเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

### สำหรับกรรมการหรือเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.สท. รวมทั้งได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร และชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าลงทะเบียน ทั้งหมดครบถ้วน ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สส.สท. เรื่อง รับสมัครสมาชิก สส.สท. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

เห็นควรนำเสนอ สส.สท. พิจารณา

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

### สำหรับ สส.สท.

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.สท. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าลงทะเบียน ทั้งหมด ถูกต้องตามที่ศูนย์ประสานงานแจ้งให้กับทาง สส.สท. ทราบแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

### ความเห็นของคณะกรรมการฝ่ายทะเบียน

- อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สส.สท. ตั้งแต่วันที่.....
  - ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....
- .....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

### มติคณะกรรมการ สส.สท.

- อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สส.สท. ตั้งแต่วันที่.....  
(ทราบประชุมเมื่อวันที่.....)
  - ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....
- .....

ลงชื่อ.....

(.....)

นายทะเบียน / ผู้จัดการ



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์  
สมาคมนาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย (สส.สท.)

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

1. ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... อายุ..... ปี  
 เลขประจำตัวประชาชน  เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....  
 สมาคมสหกรณ์ออมทรัพย์..... เลขทะเบียนสมาคม..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....  
 ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 โทรศัพท์..... มือถือ..... ทำงานประจำในตำแหน่ง.....  
 สถานที่ทำงาน..... ตำบล..... อำเภอ.....  
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ที่ทำงาน..... ต่อ.....

2. หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิให้ผู้รับเงินสงเคราะห์บุคคลใดบุคคลหนึ่งตามที่ระบุไว้ใน ข้อ 3.1 – 3.6  
 เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สส.สท. พึงจ่าย ขอมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้

- 3.1 นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง.....  
 เลขประจำตัวประชาชน  เกี่ยวข้องเป็น.....  
 ที่อยู่ที่ติดต่อได้..... เบอร์โทร.....
- 3.2 นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง.....  
 เลขประจำตัวประชาชน  เกี่ยวข้องเป็น.....  
 ที่อยู่ที่ติดต่อได้..... เบอร์โทร.....
- 3.3 นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง.....  
 เลขประจำตัวประชาชน  เกี่ยวข้องเป็น.....  
 ที่อยู่ที่ติดต่อได้..... เบอร์โทร.....
- 3.4 นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง.....  
 เลขประจำตัวประชาชน  เกี่ยวข้องเป็น.....  
 ที่อยู่ที่ติดต่อได้..... เบอร์โทร.....
- 3.5 นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง.....  
 เลขประจำตัวประชาชน  เกี่ยวข้องเป็น.....  
 ที่อยู่ที่ติดต่อได้..... เบอร์โทร.....
- 3.6 นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง.....  
 เลขประจำตัวประชาชน  เกี่ยวข้องเป็น.....  
 ที่อยู่ที่ติดต่อได้..... เบอร์โทร.....

4. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคลตามข้อบังคับฯ หมวด 7 ข้อ 23 และประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) วิธีการจ่ายค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ ข้อ 3 ดังต่อไปนี้

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 4.1 คู่สมรส บุตร บิดา มารดา          | 4.4 บุํ ย่า ตา ยาย                                 |
| 4.2 พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน     | 4.5 ลุง ป้า น้า อา                                 |
| 4.3 พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน | 4.6 ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู |

ถ้าไม่มีบุคคลที่สามารถบุไว้ในบุคคล ให้สมาคมฯจ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 4 ตามลำดับก่อนหลัง  
ถ้าไม่มีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯแบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลได้ได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ชบช หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ) ..... ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ) ..... พยาน

(.....)

(ลงชื่อ) ..... กรรมการ / ผู้จัดการ / เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

(.....)



### แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....

สมาชิกสหกรณ์..... เลขที่สมาชิกสหกรณ์.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ได้ทำการสมัครสมาชิก สส.สห. รอบสมัครเดือน.....

และขอใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาล.....

ขอเรียนว่าข้าพเจ้า มีประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

	ไม่มี	มี
1. โรคมะเร็ง ทุกชนิดที่อยู่ในระยะที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
2. โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
3. โรควัณโรคในระยะอันตราย	<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. โรคไตวายเรื้อรัง	<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. โรคอุบัติใหม่หรือโรคร้ายแรงตามประกาศของทางราชการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุ.....

เรียน นายกสมาคมมาปนกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย (สส.สห.)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าไม่มีประวัติการรักษาโรคตามข้อ 1-9 หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัวตามข้อ 1 และหากเสียชีวิตภายในระยะเวลา 16 เดือน ตลอดจนข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัวตามข้อ 2-9 และหากเสียชีวิตภายในระยะเวลา 10 เดือน จงใจแจ้งข้อความอันเป็นเท็จให้ถือว่าข้าพเจ้าไม่มีสมาชิกภาพของ สส.สห. มาตั้งแต่ต้น ทาง สส.สห. ไม่อนุญาตเป็นสมาชิก โดยคืนเงินสangเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือให้กับผู้สมัคร

ลงชื่อ..... (ผู้สมัครสมาชิก สส.สห.)

ตัวบรรจง(.....)

ลงชื่อ..... (เจ้าหน้าที่/กรรมการศูนย์ประสานงาน)

ตัวบรรจง(.....)