

ตัวอย่างการกรอกใบสมัคร

สส.ชสอ. ส.1/1 (สามัญ)

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ :

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



สมัครผ่าน	
<input checked="" type="checkbox"/>	ศูนย์ประสานงาน
<input type="checkbox"/>	ศูนย์ประสานงานระดับจังหวัด

เลขฌาปนกิจ.....

รอบการสมัคร/.....

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภครณสมาชิกรวมของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่ สภครณออมทรัพย์กรมควบคุมโรค

วันที่ 28 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2565

(1) ข้อมูลสมาชิก

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว พรนภา ดีไชโย

เลขประจำตัวประชาชน 3-1234-56789-00-3

เกิดวันที่ 26 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2528 อายุ 37 ปี เพศ ชาย หญิง

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

สมาชิกสามัญของสภครณออมทรัพย์ กรมควบคุมโรค จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก 12992

(2) ข้อมูลดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ เป็น

ครู สาธารณสุข ทหาร ตำรวจ ราชการ รัฐวิสาหกิจ ประกอบการ

สังกัด กองนงัดการรวม 9 หน่วยงาน กรมควบคุมโรค ดำรงตำแหน่ง นักวิจัย

(3) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่ 182/107 หมู่ที่ 10 ซอย หม่อมอลชล ถนน เทศบาล 7

ตำบล (แขวง) บางรักพัฒนา อำเภอ (เขต) บางปะทอง จังหวัด นนทบุรี

รหัสไปรษณีย์ 11110

(4) ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้

บ้านเลขที่ 182/107 หมู่ที่ 10 ซอย หม่อมอลชล ถนน เทศบาล 7

ตำบล (แขวง) บางรักพัฒนา อำเภอ (เขต) บางปะทอง จังหวัด นนทบุรี

รหัสไปรษณีย์ 11110

โทรศัพท์บ้าน - โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-5903000 โทรศัพท์มือถือ 081-1122121 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 สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภครณสมาชิกรวมของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ พรนภา ดีไชโย ผู้สมัคร
(นางสาวพรนภา ดีไชโย)

สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. รวมทั้งได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร และชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าครบถ้วน ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สส.ชสอ. เรื่องรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....
(นางสาวณภัทร ไชยพิทักษ์)
ตำแหน่ง...เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานสมาคมฯ

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 ถูกต้องตามที่ศูนย์ประสานงานแจ้งไว้กับทาง สส.ชสอ.ทราบแล้ว

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการ สส.ชสอ.

- คำสั่ง อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สส.ชสอ. ตั้งแต่วันที่.....
(คราวประชุมเมื่อวันที่.....)
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- เภรัญญิก/เลขานุการ สส.ชสอ.
- อุปนายก สส.ชสอ.
- นายก สส.ชสอ.

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....



ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ทำการตรวจสอบประวัติและตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....อายุปี

วัน/เดือน/ปี เกิดเลขบัตรประชาชน

ปรากฏว่า นาย/นาง/นางสาว

- (1) มีสุขภาพแข็งแรง
- (2) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- (3) ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
- (4) ไม่เป็นโรคเหล่านี้

	ไม่มี	มี	
(4.1) โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
(4.2) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
(4.3) โรควิมโรคในระยะอันตราย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
(4.4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
(4.5) โรคปอดเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
(4.6) โรคตับแข็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
(4.7) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
(4.8) ภาวะไตวาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....

(5) โรคร้ายแรงอื่นๆ ตามที่แพทย์ระบุ

ลงชื่อ

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

(โปรดประทับตราสถานบริการของรัฐ)

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งจากสถานพยาบาลของรัฐ ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
- (3) หากพบว่าเป็นโรค ตามข้อ (4),(5) หรือตามที่คณะกรรมการ เห็นว่าอันตราย สส.ชสอ. จะไม่รับเป็นสมาชิก
- (4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่ สส.ชสอ. กำหนดนี้เท่านั้น เพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สส.ชสอ. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 เป็นต้นไป



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว พรพภา ดีไชโย

เลขประจำตัวประชาชน 3 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 3 อายุ 37 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) 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 บันทึกถ้อยคำดังกล่าวที่ได้ให้ไว้ข้างต้น 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 พรพภา ดีไชโย

ตัวบรรจง (นางสาวพรพภา ดีไชโย)

(ผู้สมัครสมาชิก สส.ชสอ.)

ลงชื่อ

ตัวบรรจง (.....)

พยาน (เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน)

ลงชื่อ พรศิริ ดีไชโย

ตัวบรรจง (นางสาวพรศิริ ดีไชโย)

พยาน (ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภครณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่ สภครณ์ออมทรัพย์กรมควบคุมโรค
วันที่ 28 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565

1. ข้าพเจ้า น.ส. พรพภา ดีไชโย อายุ 37 ปี เกิดวันที่ 26 เดือน มิ.ย. พ.ศ. 2528
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ กรมควบคุมโรค จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก 12992
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่ 182/107 หมู่ที่ 10 ถนน เทศบาล 7 ตำบล บางรักพัฒนา อำเภอ บางบัวทอง
จังหวัด นนทบุรี รหัสไปรษณีย์ 11110 โทรศัพท์ - มือถือ 081-1122121
ทำงานประจำในตำแหน่ง นักวิจัย สถานที่ทำงาน กองน้จ้ตกรรมและวิจัย
ตำบล ตลาดขวัญ อำเภอ เมือง จังหวัด นนทบุรี รหัสไปรษณีย์ 11000
โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-5903221 ต่อ 3216

2. หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิให้ น.ส. พรศิริ ดีไชโย
บัตรประชาชน 3-1200-00033-00-0 เกี่ยวข้องเป็น น้องสาว เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

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

3.1 น.ส. พรศิริ ดีไชโย บัตรประชาชน 3-1200-00033-00-0
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ 182/107 ม.10 ต. บางรักพัฒนา อ. บางบัวทอง จ. นนทบุรี
เบอร์โทร 087-773-3000 เกี่ยวข้องเป็น น้องสาว

3.2 นายจาง ดีไชโย บัตรประชาชน 3-1200-00032-00-1
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ 35/14 หมู่ 5 ต. บางรักพัฒนา อ. บางบัวทอง จ. นนทบุรี
เบอร์โทร 083-353-3220 เกี่ยวข้องเป็น ลุง

3.3บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....
เบอร์โทร..... เกี่ยวข้องเป็น.....

3.4บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....
เบอร์โทร..... เกี่ยวข้องเป็น.....

3.5บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....
เบอร์โทร..... เกี่ยวข้องเป็น.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ
ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ) พรพภา ดีไชโย ผู้ให้คำยินยอม (ลงชื่อ) สมศุภย์ สุธงทอง พยาน

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

ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคล(ตามข้อบังคับ ฯ หมวด 7 ข้อ 23 และประกาศกระทรวงพัฒนาสังคม ฯ วิธีการจ่ายค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ ข้อ 3) ดังต่อไปนี้

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

ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯ จ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 1. ตามลำดับก่อนหลัง ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯ แบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อนโดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

2.1..... (ลงชื่อ).....	พริศวิ ดิไชโย นางสาวพริศวิ ดิไชโย	.....เกี่ยวข้องกับ.....	น้องสาว	2.4..... (ลงชื่อ).....	.....เกี่ยวข้องกับ.....
2.2..... (ลงชื่อ).....	จง ดิไชโย นายจง ดิไชโย	.....เกี่ยวข้องกับ.....	ลูก	2.5..... (ลงชื่อ).....	.....เกี่ยวข้องกับ.....
2.3..... (ลงชื่อ).....	.....	.....เกี่ยวข้องกับ..... .....	.....	2.6..... (ลงชื่อ).....	.....เกี่ยวข้องกับ.....

ผู้รับผลประโยชน์เป็นผู้ลงลายมือชื่อ