

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ

1. แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง (สสอค.2)
2. หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ (สสอค.3)
3. ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐอายุไม่เกิน 30 วัน
4. สำเนาบัตรเจ้าหน้าที่รัฐ หรือบัตรประจำตัวประชาชน
5. สำเนาทะเบียนบ้าน
6. สำเนาทะเบียนสมรส, สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล
7. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้รับ)
8. สำเนาเอกสารการเป็นสมาชิกสมาคมต้นสังกัด (กลุ่มวิชาชีพอื่น)
9. รูปถ่ายสมาชิกใบสมัคร ณ ศูนย์ประสานงาน สสอค. (เต็มตัว)

สสอค.1



ใบสมัครสมาชิกประเภทสามัญ

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนมสทรรณออมทรัพย์ครุไทย(สสอค.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขที่ประจำตัวประชาชน -

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

(1) ดำรงตำแหน่ง หรือปฏิบัติหน้าที่..... และเป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์..... เลขที่สมาชิกสหกรณ์..... เลขที่สมาชิกสมาคมต้นสังกัด.....

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

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

(4) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก จำนวน.....บาท และครั้งต่อไปชำระดังนี้

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ชำระเป็นเงินสดทุกปี | <input type="checkbox"/> หักชำระจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ของสมาชิก |
| <input type="checkbox"/> หักชำระจากเงินปันผล, เหลือคืน | <input type="checkbox"/> หักชำระจากการเพิ่มเงินกู้ให้สมาชิก |
| <input type="checkbox"/> โอนเงินเข้าบัญชี | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... |

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนมสทรรณออมทรัพย์ครุไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกและยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

สำหรับศูนย์ประสานงาน

ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัคร

- () เป็นผู้มีความสมบัติถูกต้องครบถ้วน
- () ได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน
- () ชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าแล้ว
- () ครอบงุมมติรับเป็นสมาชิก

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ
(.....)

ลงชื่อ.....เลขานุการ/กรรมการ/ประธานฯ
(.....)

สำหรับสมาคม

- () ครอบงุมมติรับเป็นสมาชิก
- () อื่น ๆ (ระบุ).....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ/เลขานุการ
(.....)

การอนุมัติ

- () อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสอค. เมื่อวันที่.....
- () ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....นายก/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย
(.....)



สสอค.2

เขียนที่.....

วันที่.....

แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....
สมาชิกสหกรณ์..... เลขที่สมาชิกสหกรณ์.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ได้ทำการสมัครสมาชิก สสอค. 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. โรคหัวใจในระยยะอันตราย	<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. โรคร้ายแรงอื่น ๆ ตามที่แพทย์ระบุ.....			

เรียน นายกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอค.)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าจะเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรค ถือว่าการสมัครเป็นสมาชิกเป็นโมฆะ ให้ สสอค. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิก ตามข้อบังคับสมาคม พ.ศ.2562 ข้อ 13(1) ได้ทันที และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใด ๆ และขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้งข้าพเจ้าไม่ตั้งใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจาก สสอค. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคมทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าโดยมอบให้ สสอค. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ..... (ผู้สมัครสมาชิก สสอค.)

ตัวบรรจง(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

ตัวบรรจง(.....)

ลงชื่อ..... พยาน (เจ้าหน้าที่/กรรมการศูนย์ประสานงาน)

ตัวบรรจง(.....)

หมายเหตุ เสียชีวิตภายในระยะเวลา 1 ปี สาเหตุการตาย “ติดเชื้ในกระแสเลือด” ต้องไม่มีประวัติ 1-9 โรค ตามที่สมาคมกำหนด



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมพาณิชย์สงเคราะห์สมาชิกชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย(สสอ.ค.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขสมาชิกสหกรณ์.....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....

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

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

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... ต่อ.....

1. สถานภาพ

โสด

สมรส

คู่สมรสชื่อ.....

หย่า

หรือ

หม้าย

2. กรณีข้าพเจ้า มีภาระหนี้คงค้างอยู่กับสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด ข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อน



3. เงินที่เหลือจาก ข้อ 2 ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาจ่ายเงินสงเคราะห์ที่พึงจ่ายให้กับบุคคล ดังต่อไปนี้

3.1.....เกี่ยวข้องกับ..... เบอร์โทรศัพท์.....	3.4.....เกี่ยวข้องกับ..... เบอร์โทรศัพท์.....
3.2.....เกี่ยวข้องกับ..... เบอร์โทรศัพท์.....	3.5.....เกี่ยวข้องกับ..... เบอร์โทรศัพท์.....
3.3.....เกี่ยวข้องกับ..... เบอร์โทรศัพท์.....	3.6.....เกี่ยวข้องกับ..... เบอร์โทรศัพท์.....

โดยมอบให้ผู้รับเงินสงเคราะห์ลำดับที่.....(นาย/นาง/นางสาว.....)

เลขที่บัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องกับ.....) เป็นผู้จัดการศพ

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือ
กระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(ลงชื่อ).....พยาน

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ สสอ.ค.

(ลงชื่อ).....ผู้มีอำนาจลงนาม สสอ.ค.

/ลงลายมือ...

ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคล(ตามข้อบังคับ ฯ หมวด 7 ข้อ 25 และประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมฯ วิธีการจ่ายค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ ข้อ 3) ดังต่อไปนี้

- 1.1 สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา
- 1.2 พี่น้องร่วมบิดา มารดาเดียวกัน
- 1.3 พี่น้องร่วมบิดา หรือมารดาเดียวกัน
- 1.4 ปู่ ย่า ตา ยาย
- 1.5 ลุง ป้า น้า อา
- 1.6 ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู

ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯจ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 1. ตามลำดับก่อนหลัง โดยผู้อยู่ลำดับก่อนยอมตัดสิทธิผู้อยู่ลำดับหลัง แต่ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯแบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ตามหนังสือยินยอมตามข้อ 3 ทุกคน ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อนโดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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