



สมาคมผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็งสมาชิกรวมของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย

เลขที่ 199/8 หมู่ที่ 2 ถนนนครอินทร์ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130

ที่ สส.ชสอ.ว.57/2565

6 ธันวาคม 2565

เรื่อง ประกาศการรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. ประจำปี 2566

เรียน ประธานกรรมการศูนย์ประสานงาน สส.ชสอ. ประจำปีสหกรณ์ออมทรัพย์ทุกศูนย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย	1. ประกาศการรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. ประจำปี 2566	จำนวน 1 ชุด
	2. หนังสือยืนยันข้อมูลผู้สมัครสมาชิก สส.ชสอ.	จำนวน 1 ฉบับ
	3. ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ	จำนวน 1 ชุด
	4. ใบสมัครสมาชิก ประเภทสมทบ	จำนวน 1 ชุด

ด้วย มติคณะกรรมการดำเนินการสมาคมผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็งสมาชิกรวมของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.) ชุดที่ 6 คราวประชุมครั้งที่ 15/2565 เมื่อวันศุกร์ ที่ 25 พฤศจิกายน 2565 เห็นชอบประกาศรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. ประจำปี 2566 (รอบที่ 3/2566 ถึงรอบที่ 2/2567) อาศัยอำนาจตามข้อบังคับสมาคมผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็งสมาชิกรวมของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2559 ข้อ 8, ข้อ 9, ข้อ 10, ข้อ 11 และข้อ 16, โดยให้เป็นไปตามเงื่อนไขและมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. ประเภทสามัญ

- เป็นสมาชิกประเภทสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ที่เป็นสมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย

2. ประเภทสมทบ

- เป็นคู่สมรส ของสมาชิกประเภทสามัญ สส.ชสอ.
- เป็นบิดา, มารดา ของสมาชิกประเภทสามัญ สส.ชสอ.
- เป็นบุตร, บุตรบุญธรรม ของสมาชิกประเภทสามัญ สส.ชสอ. (ที่บรรลุนิติภาวะ)

3. ผู้สมัครประเภทสามัญ และประเภทสมทบ ต้องมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงไม่เป็นผู้พิการหรือทุพพลภาพ

4. ผู้สมัครประเภทสามัญ และประเภทสมทบ ต้องมีอายุไม่เกิน 55 ปี (เป็นผู้ที่เกิดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2511 เป็นต้นไป)

5. ผู้ที่ได้รับสิทธิการเป็นสมาชิกหากเสียชีวิตด้วยโรคตามประกาศ ฉบับที่ 17/2563 เรื่อง การกำหนดโรคที่ไม่รับเป็นสมาชิก สส.ชสอ. (โรคมะเร็ง, โรคหัวใจหรือหลอดเลือด, โรควัณโรคในระยะอันตราย โรคเบาหวานขั้นรุนแรง, โรคเอดส์, โรคเอสแอลอี (SLE), โรคตับแข็ง, โรคปอดเรื้อรัง และภาวะไตวาย (ล้างไต) ภายใน 1 ปี ผู้รับเงินสงเคราะห์จะไม่ได้เงินสงเคราะห์ และทาง สส.ชสอ. จะนำส่งเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า, คืนให้กับทายาทต่อไป ยกเว้น การเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ

/ 6.ผู้สมัคร...

6. ผู้สมัครต้องนำส่งเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า, เงินค่าสมัคร, เงินค่าบำรุง ตามอัตราที่ สส.ชสอ. กำหนด
7. ผู้สมัครต้องเป็นสมาชิกประเภทสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด ไม่น้อยกว่า 1 ปี

สส.ชสอ. จึงส่งประกาศการรับสมัครสมาชิก เพื่อให้ศูนย์ประสานงานประชาสัมพันธ์และรับสมัครสมาชิกตามประกาศดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นายอุทัย ศรีเทพ)

นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิก
ของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย

สส.ชสอ. (ฝ่ายทะเบียน)

โทรศัพท์ 02 4961048, 02 4961251-2

โทรสาร 02 4961253



ที่ 40/2565

ประกาศ

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภากาชาดสมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. ประจำปี 2566 (รอบที่ 3/2566 ถึง รอบที่ 2/2567)

ด้วย มติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภากาชาดสมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.) ชุดที่ 6 คราวประชุมครั้งที่ 15/2565 เมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2565 เห็นชอบประกาศรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. ประจำปี 2566 (รอบที่ 3/2566 ถึงรอบที่ 2/2567) อาศัยอำนาจตามข้อบังคับสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภากาชาดสมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2559 ข้อ 8, ข้อ 9, ข้อ 10, ข้อ 11 และข้อ 16, โดยให้เป็นไปตามเงื่อนไขและมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. ประเภทสามัญ

- เป็นสมาชิกประเภทสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ที่เป็นสมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย

2. ประเภทสมทบ

- เป็นคู่สมรส ของสมาชิกประเภทสามัญ สส.ชสอ.
- เป็นบิดา, มารดา ของสมาชิกประเภทสามัญ สส.ชสอ.
- เป็นบุตร, บุตรบุญธรรม ของสมาชิกประเภทสามัญ สส.ชสอ. (ที่บรรลุนิติภาวะ)

3. ผู้สมัครประเภทสามัญ และประเภทสมทบ ต้องมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงไม่เป็นผู้พิการหรือทุพพลภาพ

4. ผู้สมัครประเภทสามัญ และประเภทสมทบ ต้องมีอายุไม่เกิน 55 ปี (เป็นผู้ที่เกิดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2511 เป็นต้นไป)

5. ผู้ที่ได้รับสิทธิการเป็นสมาชิกหากเสียชีวิตด้วยโรคตามประกาศ ฉบับที่ 17/2563 เรื่อง การกำหนดโรคที่ไม่รับเป็นสมาชิก สส.ชสอ. (โรคมะเร็ง, โรคหัวใจหรือหลอดเลือด, โรคไวรัสโรคในระยะอันตราย, โรคเบาหวานขั้นรุนแรง, โรคเอดส์, โรคเอสแอลอี (SLE), โรคตับแข็ง, โรคปอดเรื้อรัง และภาวะไตวาย (ล้างไต) ภายใน 1 ปี ผู้รับเงินสงเคราะห์จะไม่ได้รับเงินสงเคราะห์ และทาง สส.ชสอ. จะนำส่งเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า, คืนให้กับทายาทต่อไป ยกเว้น การเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ

6. ผู้สมัครต้องนำส่งเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า, เงินค่าสมัคร, เงินค่าบำรุง ตามอัตราที่ สส.ชสอ. กำหนด

7. ผู้สมัครต้องเป็นสมาชิกประเภทสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด ไม่น้อยกว่า 1 ปี

ขั้นตอนการรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. มีดังนี้

1. การสมัคร

- 1.1 สมัครพร้อมยื่นเอกสารหลักฐานด้วยตนเอง โดยขอแบบฟอร์มใบสมัคร ได้ที่สหกรณ์ออมทรัพย์
ต้นสังกัดที่เป็นศูนย์ประสานงาน สส.ชสอ. หรือ ดาวน์โหลด จาก www.fscct.or.th
- 1.2 ชำระเงินค่าสมัคร 20 บาท เงินค่าบำรุงรายปี 20 บาท เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า 4,800 บาท
รวมเป็นเงิน 4,840 บาท (สี่พันแปดร้อยสี่สิบบาทถ้วน)

2. เอกสารหลักฐานการสมัคร

- 2.1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของผู้สมัคร พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- 2.2 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- 2.3 ใบรับรองแพทย์ออกโดยโรงพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลของรัฐฉบับจริง โดยอายุไม่เกิน 30 วัน
นับถึงวันที่สมัคร
- 2.4 แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง สส.ชสอ.ส.5 (30 ก.ย. 63) โดยให้ผู้สมัครรับรองประวัติการรักษา
โรคตามประกาศ ฉบับที่ 17/2563 เรื่อง การกำหนดโรคที่ไม่รับเป็นสมาชิก พร้อมทั้งให้เจ้าหน้าที่
ศูนย์ประสานงาน และผู้รับเงินสงเคราะห์ ลงนามเป็นพยาน
- 2.5 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับเงินสงเคราะห์ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- 2.6 สำเนาเอกสารประกอบอื่นๆ (ถ้ามี) เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล เป็นต้น
- 2.7 สำเนาใบสำคัญแสดงการจดทะเบียนสมรส กรณีให้ผู้รับเงินสงเคราะห์เป็นคู่สมรส
- 2.8 หลักฐานการเป็นสมาชิกประเภทสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดที่เป็นสมาชิกแล้วไม่น้อย
กว่า 1 ปี นับถึงวันที่สมัคร
- 2.9 รูปถ่ายผู้สมัครแบบเต็มตัว ในวันที่สมัคร ณ ศูนย์ประสานงาน สส.ชสอ. พร้อมพิมพ์ใส่ฟอร์มที่
สมาคมกำหนด

3. ขั้นตอนการดำเนินงานของศูนย์ประสานงาน

- 3.1 รับสมัครสมาชิก รับเงินค่าสมัคร, ค่าบำรุงรายปี และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า พร้อมตรวจสอบ
เอกสารหลักฐาน และตรวจสอบคุณสมบัติผู้สมัคร
- 3.2 บันทึกข้อมูลผู้สมัครรายบุคคลเข้าโปรแกรมงานปฎิบัติงานสงเคราะห์ตามระยะเวลาที่กำหนด
- 3.3 นำส่งใบสมัครสมาชิกฉบับจริงมายังสมาคม ภายในระยะเวลาที่กำหนด



ตารางรายละเอียดการดำเนินงานการรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ.ประจำปี 2566

ลำดับ	รอบ	รับสมัครสมาชิก	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมฯ	นำส่งใบสมัครฉบับจริงและ ส่งเงินมายังสมาคม	คณะกรรมการพิจารณา คุณสมบัติสมาชิก	รับสิทธิตามข้อบังคับ
1	3/2566	1-31 ม.ค. 2566	1-31 ม.ค. 2566	ภายใน 10 ก.พ. 2566	25-28 ก.พ. 2566	1 มี.ค. 2566
2	4/2566	1-28 ก.พ. 2566	1-28 ก.พ. 2566	ภายใน 10 มี.ค. 2566	25-31 มี.ค. 2566	1 เม.ย. 2566
3	5/2566	1-31 มี.ค. 2566	1-31 มี.ค. 2566	ภายใน 10 เม.ย. 2566	25-30 เม.ย. 2566	1 พ.ค. 2566
4	6/2566	1-30 เม.ย. 2566	1-30 เม.ย. 2566	ภายใน 10 พ.ค. 2566	25-31 พ.ค. 2566	1 มิ.ย. 2566
5	7/2566	1-31 พ.ค. 2566	1-31 พ.ค. 2566	ภายใน 10 มิ.ย. 2566	25-30 มิ.ย. 2566	1 ก.ค. 2566
6	8/2566	1-30 มิ.ย. 2566	1-30 มิ.ย. 2566	ภายใน 10 ก.ค. 2566	25-31 ก.ค. 2566	1 ส.ค. 2566
7	9/2566	1-31 ก.ค. 2566	1-31 ก.ค. 2566	ภายใน 10 ส.ค. 2566	25-31 ส.ค. 2566	1 ก.ย. 2566
8	10/2566	1-31 ส.ค. 2566	1-31 ส.ค. 2566	ภายใน 10 ก.ย. 2566	25-30 ก.ย. 2566	1 ต.ค. 2566
9	11/2566	1-30 ก.ย. 2566	1-30 ก.ย. 2566	ภายใน 10 ต.ค. 2566	25-31 ต.ค. 2566	1 พ.ย. 2566
10	12/2566	1-31 ต.ค. 2566	1-31 ต.ค. 2566	ภายใน 10 พ.ย. 2566	25-30 พ.ย. 2566	1 ธ.ค. 2566
11	1/2567	1-30 พ.ย. 2566	1-30 พ.ย. 2566	ภายใน 10 ธ.ค. 2566	25-31 ธ.ค. 2566	1 ม.ค. 2567
12	2/2567	1-31 ธ.ค. 2566	1-31 ธ.ค. 2566	ภายใน 10 ม.ค. 2567	25-31 ม.ค. 2567	1 ก.พ. 2567

3.4 นำส่งเงินมายังสมาคมผ่านระบบ Bill Payment ธนาคารกรุงไทย ภายในระยะเวลาที่กำหนด

3.5 กรณีศูนย์ประสานงานไม่นำส่งชุดสมัครและเงินค่าสมัครมายังสมาคมภายในระยะเวลาที่กำหนด
ผู้สมัครจะไม่ได้รับพิจารณาคุณสมบัติในรอบนั้น

4. การแจ้งรายชื่อผู้สมัครที่ผ่านการอนุมัติ

4.1 ประกาศรายชื่อผู้ที่ได้รับสิทธิการเป็นสมาชิก สส.ชสอ. ทาง www.fscct.or.th

4.2 นำส่งทะเบียนสมาชิกและบัตรประจำตัวสมาชิก ให้ทางศูนย์ประสานงานผ่านช่องทางไปรษณีย์



5. ติดต่อสอบถาม

5.1 สำนักงาน สส.ชสอ. อาคาร สธ.สอ. ชั้น 6 เลขที่ 199/8 หมู่ 2 ถ.นครินทร์ ต.บางสีทอง

อ.บางกรวย จ.นนทบุรี 11130

5.2 เบอร์ติดต่อ สำนักงาน สส.ชสอ. : 0-2496-1251-2

5.3 เบอร์ติดต่อ ฝ่ายจัดการ สส.ชสอ.

- นายสมชาย รัตนอารี ผู้จัดการ : 08-1686-9760
- นางสาวสุวนันท์ สมใจ รองผู้จัดการ : 08-5952-5617
- นางสาวชุติมา จันอิน หัวหน้าฝ่ายบัญชีรักษาการรองผู้จัดการ : 08-1907-2641
- ฝ่ายทะเบียน : 08-1826-1140 , 09-2208-1316
- ฝ่ายการเงิน : 08-1826-1104 , 09-2208-1317
- ฝ่ายอำนวยการ : 09-2208-1162
- ฝ่ายบัญชี : 08-1907-2641

5.4 สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดที่เป็นศูนย์ประสานงาน สส.ชสอ.

ทั้งนี้ ขอความอนุเคราะห์ศูนย์ประสานงาน สส.ชสอ. ประชาสัมพันธ์ให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 6 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2565



(นายอุทัย ศรีเทพ)

นายกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิก
ของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย



สมาคมปกป้องสิทธิสหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย

เลขที่ 199/8 หมู่ที่ 2 ถนนนครอินทร์ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130

หนังสือยืนยันข้อมูลผู้สมัครสมาชิก สส.ชสอ. : อายุไม่เกิน 55 ปี

ตามที่ ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด
รหัสศูนย์..... ได้รับสมัครสมาชิก ตั้งแต่วันที่ ถึง..... ในรอบ...../.....

- | | |
|---------------------------------|--------------|
| - สมาชิกประเภท สามัญ | จำนวน.....คน |
| - สมาชิกประเภท สมทบ-คู่สมรส | จำนวน.....คน |
| - สมาชิกประเภท สมทบ-บิดา | จำนวน.....คน |
| - สมาชิกประเภท สมทบ-มารดา | จำนวน.....คน |
| - สมาชิกประเภท สมทบ-บุตร | จำนวน.....คน |
| - สมาชิกประเภท สมทบ-บุตรบุญธรรม | จำนวน.....คน |

รวมทั้งสิ้น คน

ทั้งนี้ ศูนย์ประสานงานได้ตรวจสอบรายละเอียดผู้สมัครทุกคนแล้ว ดังนี้

1. คุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ.
2. เอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาครบถ้วน
3. ผู้สมัครชำระเงินครบถ้วนตามประกาศรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ.

ในการนี้ ศูนย์ประสานงานได้ดำเนินการโอนเงินของผู้สมัครดังกล่าวมายังบัญชีของสมาคม
เมื่อวันที่..... ธนาคาร..... จำนวน..... บาท (.....)

ดังนั้น จึงนำเสนอข้อมูลผู้สมัครสมาชิกฉบับจริงมายังสมาคม เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาต่อไป

ลงชื่อ

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน สส.ชสอ.

สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด

...../...../.....

หมายเหตุ : กรุณาส่งหนังสือฉบับนี้ พร้อมรายงานสรุปรายชื่อผู้สมัคร, ชุดสมัครฉบับจริง และสำเนาใบโอนเงิน มายัง สส.ชสอ.

ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่เจ้าหน้าที่ สส.ชสอ. ประจำพื้นที่ โทรศัพท์ 0-2496-1251-2, 08-1826-1140, 09-2208-1316



สมาคมงานกิจการสหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย

เลขที่ 199/8 หมู่ที่ 2 ถนนนครอินทร์ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130

ส่วนของธนาคาร

โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากผู้ชำระเงิน

เพื่อเข้าบัญชี สมาคมงานกิจการสหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย



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

วันที่

สาขา

ชื่อสหกรณ์ออมทรัพย์.....

รหัสสหกรณ์ :

(Ref.No.1) :

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

กรุณาระบุเลขรหัสสหกรณ์ ให้ครบ 6 ตัว (ตัวอย่าง สอ.ศรุธะเชิงเทรา รหัส 0001 เป็น 000001)

ประเภทการโอนเงิน :

(Ref.No.2) :

--	--	--

กรุณาเลือกประเภทการโอนเงิน

101 (ค่าสมัคร,ค่าบำรุง,เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า)

102 (เงินคงสภาพสมาชิก)

103 (เงินบริหาร 2 %)

104 (เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือติดลบ)

105 (อื่นๆ)

จำนวนเงิน (บาท)	
(ตัวอักษร)	(ตัวเลข)

หมายเหตุ :

- แบบฟอร์ม 1 ใบ ต่อการโอน 1 รายการ เท่านั้น
- ค่าธรรมเนียม 20 บาท/รายการ ทั่วประเทศ

ชื่อผู้นำฝาก

เบอร์โทร.....

เจ้าหน้าที่ธนาคารผู้รับเงิน

ชำระด้วยเงินสดที่ ธ.กรุงไทย ได้ทุกสาขา สอบถามเพิ่มเติมกรุณาติดต่อ ฝ่ายการเงิน สส.ชสอ. โทร. 08-1826-1104, 09-2208-1317



สมาคมงานกิจการสหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย

เลขที่ 199/8 หมู่ที่ 2 ถนนนครอินทร์ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130

ส่วนของสหกรณ์

โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากผู้ชำระเงิน

เพื่อเข้าบัญชี สมาคมงานกิจการสหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย



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

วันที่

สาขา

ชื่อสหกรณ์ออมทรัพย์.....

รหัสสหกรณ์ :

(Ref.No.1) :

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

กรุณาระบุเลขรหัสสหกรณ์ ให้ครบ 6 ตัว (ตัวอย่าง สอ.ศรุธะเชิงเทรา รหัส 0001 เป็น 000001)

ประเภทการโอนเงิน :

(Ref.No.2) :

--	--	--

กรุณาเลือกประเภทการโอนเงิน

101 (ค่าสมัคร,ค่าบำรุง,เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า)

102 (เงินคงสภาพสมาชิก)

103 (เงินบริหาร 2 %)

104 (เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือติดลบ)

105 (อื่นๆ)

จำนวนเงิน (บาท)	
(ตัวอักษร)	(ตัวเลข)

หมายเหตุ :

- แบบฟอร์ม 1 ใบ ต่อการโอน 1 รายการ เท่านั้น
- ค่าธรรมเนียม 20 บาท/รายการ ทั่วประเทศ

ชื่อผู้นำฝาก

เบอร์โทร.....

เจ้าหน้าที่ธนาคารผู้รับเงิน

ชำระด้วยเงินสดที่ ธ.กรุงไทย ได้ทุกสาขา สอบถามเพิ่มเติมกรุณาติดต่อ ฝ่ายการเงิน สส.ชสอ. โทร. 08-1826-1104, 09-2208-1317



แบบตรวจสอบหลักฐานชุดใบสมัคร สส.ชสอ. (รายบุคคล)

สหกรณ์ออมทรัพย์.....รหัส.....พื้นที่.....
 ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร.....เลขบัตรประชาชน.....
 วัน/เดือน/ปี เกิด.....อายุ.....ปี วันที่สมัคร.....
 เลขมาปณิก.....รอบสมัคร.....วันที่เริ่มเป็นสมาชิก.....

เอกสารหลักฐานการสมัคร สส.ชสอ. ดังนี้

- ☐ 1. ใบสมัครสมาชิก : สส.ชสอ.ส.1/1
- ☐ 2. สำหรับเจ้าหน้าที่ กรรมการ ศูนย์ประสานงานและสมาคม : สส.ชสอ.ส.1/2
- ☐ 3. หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ : สส.ชสอ.ส.1/3
- ☐ 4. ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ให้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้ : สส.ชสอ.ส.1/4
- ☐ 5. แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง : สส.ชสอ.ส.5 (30 ก.ย.63)
- ☐ 6. รูปถ่าย ณ วันยื่นเอกสาร ตามแบบฟอร์มที่สมาคมกำหนด
- ☐ 7. สำเนาบัตรประชาชน หรือ บัตรข้าราชการของผู้สมัคร
- ☐ 8. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร
- ☐ 9. สำเนาบัตรประชาชน หรือ บัตรข้าราชการของผู้รับเงินสงเคราะห์ จำนวน.....คน
- ☐ 10. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับเงินสงเคราะห์ จำนวน.....คน
- ☐ 11. ใบรับรองแพทย์ออกโดยโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลของรัฐฉบับจริง (อายุไม่เกิน 30 วัน นับถึงวันที่สมัคร)
- ☐ 12. หลักฐานการเป็นสมาชิกประเภทสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด
- ☐ 13. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- ☐ 14. เอกสารหลักฐานอื่นๆ.....

เจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ ผู้ตรวจสอบ	คณะกรรมการศูนย์ฯ ผู้พิจารณา
เอกสารหลักฐาน ☐ ครบถ้วน ☐ ไม่ครบ อื่นๆ..... (.....) ตำแหน่ง..... ผู้ตรวจสอบเอกสาร / /	เอกสารหลักฐาน ☐ ครบถ้วน ☐ ไม่ครบ อื่นๆ..... (.....) ตำแหน่ง..... ผู้พิจารณาคุณสมบัติ / /

- ☐ 1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการผู้สมัคร
- ☐ 2. สำเนาทะเบียนบ้านผู้สมัคร
- ☐ 3. ใบรับรองแพทย์ของรัฐฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- ☐ 4. แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง
- ☐ 5. สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
- ☐ 6. รูปถ่าย ณ วันยื่นเอกสาร
- ☐ 7. หนังสือรับรองการเป็นสมาชิกประเภทสามัญของ สอ.
- ☐ 8. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- ☐ 9. ใบสำคัญการเปลี่ยน ชื่อ-สกุล (ถ้ามี)



- ☐ ศูนย์ประสานงาน
- ☐ ศูนย์ประสานงานระดับจังหวัด

เลขหมายปณิกิจ.....
รอบสมัคร...../.....

สมาคมกัปานกกิจสงเคราะห์สทรณสมาชิกของชุมนุมสทรณออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

☐ ชำระเป็นรายเดือน (12 งวด) ☐ ชำระจากเงินปันผล, เฉลี่ยคืน

☐ ชำระเป็นราย 3 เดือน (4 งวด) ☐ ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน

☐ ชำระเป็นราย 6 เดือน (2 งวด) ☐ ชำระจากการเก็บเงินล่วงหน้า จากเงินกู้สามัญ

☐ ชำระจากบัญชีโครงการฝากเพื่อสวัสดิการ/เงินฝากในสหกรณ์สมาชิก

()

สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....เป็นผู้มีคุณสมบัติ
ในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. รวมทั้งได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร และชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าบำรุง และ
เงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าครบถ้วน ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สส.ชสอ. เรื่อง การรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. หรือ
การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการศูนย์ประสานงาน

เรียน นายก สส.ชสอ.

ตรวจสอบแล้วรับรองว่า สมาชิกมีคุณสมบัติครบถูกต้อง

- ☐ เห็นควรรับเป็นสมาชิก สส.ชสอ.
☐ ไม่ควรรับเป็นสมาชิก สส.ชสอ. เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจเสนอ (แล้วแต่กรณี)

- ☐ เหมัญญิก/เลขานุการ ศูนย์ฯ
☐ อุปนายก ศูนย์ฯ
☐ ประธาน ศูนย์ฯ

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ สส.ชสอ.

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. และได้แนบหลักฐานประกอบการ
สมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าบำรุง และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าครบถ้วน ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ
สส.ชสอ. เรื่อง การรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. หรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการ สส.ชสอ.

- คำสั่ง ☐ อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สส.ชสอ. ตั้งแต่วันที่.....
(คณะกรรมการ.....คราวประชุมครั้งที่.....เมื่อวันที่.....)
☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจเสนอ (แล้วแต่กรณี)

- ☐ กรรมการ สส.ชสอ.
☐ อุปนายก สส.ชสอ.
☐ นายก สส.ชสอ.

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมอปกิสสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขทะเบียนสมาชิก.....
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....
ทำงานประจำในตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

2. หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิให้.....
เลขประจำตัวประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สส.ชสอ. พึงจ่าย หลังจากหักเงินค่าจัดการศพให้บุคคลที่ระบุไว้และ
ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ให้เสร็จสิ้น
เท่ากับจำนวนหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้

- 3.1เลขประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....
เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....
- 3.2เลขประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....
เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....
- 3.3เลขประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....
เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....
- 3.4เลขประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....
เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....
- 3.5เลขประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....
เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการ
ใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม (ลงชื่อ).....พยาน

(ลงชื่อ).....ผู้จัดการ/จนท.ศูนย์ฯ (ลงชื่อ).....ประธานศูนย์ฯ

ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคล (ตามข้อบังคับสมาคม หมวด 7 ข้อ 23 และประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมฯ เรื่องวิธีการจ่ายเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัวฯ 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 แบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัวฯ ที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อนโดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ณ วันที่.....



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภากาชาดสมาชิกของชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

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) โรคหัวใจในระยะอันตราย | ☐ ไม่มี ☐ มี | ระบุ..... |
| (4.4) โรคเบาหวานขึ้นรุนแรง | ☐ 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 เป็นความจริงทุกประการ หากบันทึกถ้อยคำที่ได้แจ้งไว้ไม่ตรงกับความเป็นจริงแล้ว 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.....

ตัวบรรจง (.....)

พยาน (เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน)

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง (.....)

พยาน (ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)



- ☐ สมัครสมาชิก
☐ ขอความเป็นธรรม
☐ เปลี่ยนแปลงผู้รับเงินสงเคราะห์

รูปถ่าย ณ วันยื่นเอกสาร

วันที่ยื่นเอกสาร.....

ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด

ชื่อ-นามสกุล.....เลขสมาชิกสหกรณ์.....เลขฌาปนกิจ.....

เบอร์ติดต่อ.....

แนบริปูถ่ายผู้สมัครแบบเต็มตัว
ในวันที่สมัคร ณ ศูนย์ประสานงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยื่นเอกสาร

...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

...../...../.....



แบบตรวจสอบหลักฐานชุดใบสมัคร สส.ชสอ. (รายบุคคล)

สหกรณ์ออมทรัพย์.....รหัส.....พื้นที่.....
 ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร.....เลขบัตรประชาชน.....
 วัน/เดือน/ปี เกิด.....อายุ.....ปี วันที่สมัคร.....
 เลขอาปณิก.....รอบสมัคร.....วันที่เริ่มเป็นสมาชิก.....

เอกสารหลักฐานการสมัคร สส.ชสอ. ดังนี้

- ☐ 1. ใบสมัครสมาชิก : สส.ชสอ.ส.1/1
- ☐ 2. สำหรับเจ้าหน้าที่ กรรมการ ศูนย์ประสานงานและสมาคม : สส.ชสอ.ส.1/2
- ☐ 3. หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ : สส.ชสอ.ส.1/3
- ☐ 4. ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้ : สส.ชสอ.ส.1/4
- ☐ 5. แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง : สส.ชสอ.ส.5 (30 ก.ย.63)
- ☐ 6. รูปถ่าย ณ วันยื่นเอกสาร ตามแบบฟอร์มที่สมาคมกำหนด
- ☐ 7. สำเนาบัตรประชาชน หรือ บัตรข้าราชการของผู้สมัคร
- ☐ 8. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร
- ☐ 9. สำเนาบัตรประชาชน หรือ บัตรข้าราชการของผู้รับเงินสงเคราะห์ จำนวน.....คน
- ☐ 10. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับเงินสงเคราะห์ จำนวน.....คน
- ☐ 11. ใบรับรองแพทย์ออกโดยโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลของรัฐฉบับจริง (อายุไม่เกิน 30 วัน นับถึงวันที่สมัคร)
- ☐ 12. หลักฐานการเป็นสมาชิกประเภทสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด
- ☐ 13. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- ☐ 14. เอกสารหลักฐานอื่นๆ.....

เจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ ผู้ตรวจสอบ	คณะกรรมการศูนย์ฯ ผู้พิจารณา
เอกสารหลักฐาน ☐ ครบถ้วน ☐ ไม่ครบ อื่นๆ..... (.....) ตำแหน่ง..... ผู้ตรวจสอบเอกสาร / /	เอกสารหลักฐาน ☐ ครบถ้วน ☐ ไม่ครบ อื่นๆ..... (.....) ตำแหน่ง..... ผู้พิจารณาคุณสมบัติ / /

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ :

- ☐ 1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการผู้สมัคร
- ☐ 2. สำเนาทะเบียนบ้านผู้สมัคร
- ☐ 3. ใบรับรองแพทย์ของรัฐฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- ☐ 4. แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง
- ☐ 5. สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
- ☐ 6. รูปถ่าย ณ วันยื่นเอกสาร
- ☐ 7. หนังสือรับรองการเป็นสมาชิกประเภทสามัญของ สอ.
- ☐ 8. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- ☐ 9. ใบสำคัญการเปลี่ยน ชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
- ☐ 10. ทะเบียนรับรองบุตร (ถ้ามี)



สส.ชสอ. ส.3/1 (สมทบ)

ประเภทสมทบ	
☐ คู่สมรส	☐ บิดา
☐ มารดา	☐ บุตร
☐ บุตรบุญธรรม	
สมัครผ่าน	
☐ ศูนย์ประสานงาน	
☐ ศูนย์ประสานงานระดับจังหวัด	
สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม	
เลขมาปนกิจ.....	
รอบสมัคร...../.....	

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสมทบ

สมาคมมาปนกิจสงเคราะห์สภครณสมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

(1) ข้อมูลสมาชิก :

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

เลขประจำตัวประชาชน - เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

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

สมัครสมาชิกสมทบของนาย/นาง/นางสาว.....

เป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์..... เลขทะเบียนสมาชิก.....

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

(2) กลุ่มวิชาชีพของศูนย์ประสานงานต้นสังกัด :

☐ ครู ☐ สาธารณสุข ☐ ทหาร ☐ ตำรวจ ☐ ราชการ ☐ รัฐวิสาหกิจ ☐ ประกอบการ

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

(3) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน :

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

(4) ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ :

ชื่อหมู่บ้าน/คอนโด/อื่นๆ..... บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

(5) การชำระเงิน

(5.1) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก จำนวน 4,840 บาท ดังนี้

☐ ชำระเป็นเงินสด ☐ ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน

(5.2) การชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้ารายปีครั้งต่อไป โดยให้สหกรณ์หัก ดังนี้

☐ ชำระเป็นรายเดือน (12 งวด) ☐ ชำระจากเงินปันผล,เฉลี่ยคืน

☐ ชำระเป็นราย 3 เดือน (4 งวด) ☐ ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน

☐ ชำระเป็นราย 6 เดือน (2 งวด) ☐ ชำระจากการเก็บเงินล่วงหน้า จากเงินกู้สามัญ

☐ ชำระจากบัญชีโครงการฝากเพื่อสวัสดิการ/เงินฝากในสหกรณ์สมาชิก

**** ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมมาปนกิจสงเคราะห์สภครณสมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ และเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ ****

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....เป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. รวมทั้งได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร และชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าบำรุง และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าครบถ้วน ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สส.ชสอ. เรื่อง การรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. หรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการศูนย์ประสานงาน

เรียน นายก สส.ชสอ.

ตรวจสอบแล้วรับรองว่า สมาชิกมีคุณสมบัติครบถูกต้อง

☐ เห็นควรรับเป็นสมาชิก สส.ชสอ.

☐ ไม่ควรรับเป็นสมาชิก สส.ชสอ. เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจเสนอ (แล้วแต่กรณี)

☐ เจริญญิก/เลขานุการ ศูนย์ฯ

☐ อุปนายก ศูนย์ฯ

☐ ประธาน ศูนย์ฯ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ สส.ชสอ.

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าบำรุง และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าครบถ้วน ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สส.ชสอ. เรื่อง การรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. หรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการ สส.ชสอ.

คำสั่ง ☐ อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สส.ชสอ. ตั้งแต่วันที่.....
(คณะกรรมการ.....คราวประชุมครั้งที่.....เมื่อวันที่.....)

☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจเสนอ (แล้วแต่กรณี)

☐ กรรมการ สส.ชสอ.

☐ อุปนายก สส.ชสอ.

☐ นายก สส.ชสอ.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภากาชาดไทยของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

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

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขทะเบียนสมาชิก.....

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

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....

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

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

2. หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิให้.....

เลขประจำตัวประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สส.ชสอ. พึ่งจ่าย หลังจากหักเงินค่าจัดการศพให้บุคคลที่ระบุไว้และ
ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ให้เสร็จสิ้น
เท่ากับจำนวนหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้

3.1เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....

3.2เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....

3.3เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....

3.4เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....

3.5เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการ
ใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม.....(ลงชื่อ).....พยาน.....

(ลงชื่อ).....ผู้จัดการ/จนท.ศูนย์ฯ.....(ลงชื่อ).....ประธานศูนย์ฯ.....

ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์หรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคล (ตามข้อบังคับสมาคม หมวด 7 ข้อ 23 และประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมฯ เรื่องวิธีการจ่ายเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัวฯ 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 แบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัวที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อนโดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ณ วันที่.....



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

สมาคมปณิกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

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) โรคเบาหวาน ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
- (4.2) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
- (4.3) โรคความดันโลหิตในระยยะอันตราย ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
- (4.4) โรคเบาหวานขึ้นรุนแรง ☐ 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. โรคภัยแรงอื่นๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่า บันทึกถ้อยคำดังกล่าวที่ได้ให้ไว้ข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ หากบันทึกถ้อยคำที่ได้แจ้งไว้ไม่ตรงกับความเป็นจริงแล้ว 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.....

ตัวบรรจง (.....)

พยาน (เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน)

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง (.....)

พยาน (ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)



- ☐ สมัครสมาชิก
- ☐ ขอความเป็นธรรม
- ☐ เปลี่ยนแปลงผู้รับเงินสงเคราะห์

รูปถ่าย ณ วันยื่นเอกสาร

วันที่ยื่นเอกสาร.....

ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด

ชื่อ-นามสกุล..... เลขสมาชิกสหกรณ์..... เลขฌาปนกิจ.....

เบอร์ติดต่อ.....

แนบรูปถ่ายผู้สมัครแบบเต็มตัว
ในวันที่สมัคร ณ ศูนย์ประสานงาน

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้ยื่นเอกสาร

...../...../.....

ลงชื่อ.....
(.....)

เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

...../...../.....