

เอกสารประกอบ :

1. สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรประจำตัวราชการ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (กรณีสมบทบุตร)
4. ในสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์ของรัฐบาลจังหวัด มีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
- 7.แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง
- 8.ใบเสร็จของสอ./ใบเสร็จของสมาชิกประเภทสามัญสมาคมภานกิจส่งเคราะห์ที่กลุ่มวิชาชีพอื่น
9. ทะเบียนรับรองบุตร



สมัครผ่าน

 ศูนย์ประสานงาน ศูนย์จังหวัด

เลขมาปนกิจ.....

รอบการสมัคร.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

(1) ข้อมูลสมาชิก

ชื่อเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... อายุ..... ปี

เลขประจำตัวประชาชน เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....เพศ ชาย หญิง สถานภาพ โสด สมรส คู่สมรสชื่อ..... หล่า หม้าย (1.1) เป็นสมาชิกประเภทสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก..... (1.2) เป็นสมาชิกสามัญหรือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานของสมาคมภานกิจส่งเคราะห์ที่กลุ่มวิชาชีพอื่น สส.สอ. สสอค. สสธ. สสอต. สสอท. สสอ.ร. สส.สก. เลขทะเบียนสมาชิก..... (1.3) เป็นบุคคลในครอบครัวของสมาชิกประเภทสามัญของสมาคม สส.สท. หรือกลุ่มวิชาชีพอื่นประเภท คู่สมรส บุตร บุตรบุญธรรม บิดา มารดา พี่ น้อง

ของ..... สมาคมภานกิจส่งเคราะห์ออมทรัพย์..... จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก.....

 (1.4) เป็นบุคคลในครอบครัวของสมาชิกประเภทสามัญหรือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานของสหกรณ์ออมทรัพย์ทุกกลุ่มวิชาชีพอื่นประเภท คู่สมรส บุตร บุตรบุญธรรม บิดา มารดา พี่ น้องของ..... สมาคมฯ สส.สอ. สสอค. สสธ. สสอต. สสอท. สสอ.ร. สส.สก. เลขทะเบียนสมาชิก..... (1.5) เป็นบุคคลในครอบครัวของสมาชิกสามัญหรือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสมาคมภานกิจส่งเคราะห์ที่กลุ่มวิชาชีพอื่นประเภท คู่สมรส บุตร บุตรบุญธรรม บิดา มารดา พี่ น้อง ของ.....สมาคมฯ สส.สอ. สสอค. สสธ. สสอต. สสอท. สสอ.ร. สส.สก. เลขทะเบียนสมาชิก.....**(2) ข้อมูลดำเนินการทั่วไป** ครู สารวัณ്ണสุข ทพาร ตำรวจ ราชการ รัฐวิสาหกิจ ประกอบการ อื่นๆ ระบุ.....
สังกัด..... หน่วยงาน..... ดำเนินการทั่วไป.....**(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	<input type="checkbox"/> เป็นเงินสด/การโอน
ผ่านศูนย์ประสานงาน	<input type="checkbox"/> เป็นเงินสด/การโอน <input type="checkbox"/> จากการเพิ่มเงินในการกู้

(5.2) การชำระเงินส่งเคราะห์ล่วงหน้ารายปีครั้งต่อไป

รับตรง	<input type="checkbox"/> เป็นเงินสด/การโอน
ผ่านศูนย์ประสานงาน	โดยให้สมาชิกประสานกับสหกรณ์ทั้งจาก ดังนี้
	<input type="checkbox"/> เป็นเงินสด/การโอน <input type="checkbox"/> ผ่อนบัตรเดบิต/บัตรเครดิต
	<input type="checkbox"/> การเพิ่มเงินในการกู้ <input type="checkbox"/> บัญชีโครงการฝากเพื่อสวัสดิการ/เงินฝากในสหกรณ์สมาชิก

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจว่าถูกประسังค์ของข้อบังคับ สมาคมภานกิจส่งเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร
(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

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

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการศูนย์ประสานงาน

เรียน นายก สส.สท.

ตรวจสอบแล้วรับรองว่า สมาชิกมีคุณสมบัติครบถ้วนต้อง

- เห็นควรรับเป็นสมาชิก สส.สท.
- ไม่ควรรับเป็นสมาชิก สส.สท. เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจเสนอ (แล้วแต่กรณี)

- เหตุญาณ/เลขานุการ ศูนย์ฯ
- อุปนายก ศูนย์ฯ
- ประธานศูนย์ฯ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ สส.สท.

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.สท. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัคร ครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าลงทะเบียนห้องประชุม ตามที่ศูนย์ประสานงานแจ้งให้กับทาง สส.สท. ทราบแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการ สส.สท.

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

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- เหตุญาณ/เลขานุการ สส.สท.
- อุปนายก สส.สท.
- นายก สส.สท.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมฯป้าปนกิจสงเคราะห์สมาคมชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย (สส.สท.)

เจ้ายันที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน ------- เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

สมาคมชิกสหกรณ์ออมทรัพย์..... เลขทะเบียนสมาคมชิก..... 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 ข้อมูลให้บุคคล 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 และประกาศกระทรวงการ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) วิธีการจ่ายค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ ข้อ 3 ดังต่อไปนี้

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 4.1 สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา | 4.4 ปู่ ย่า ตา ยาย |
| 4.2 พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน | 4.5 ลุง ป้า น้า อา |
| 4.3 พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน | 4.6 ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู |
- ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯ จ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 4 ตามลำดับก่อนหลัง ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯ แบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนใน สัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลได้ได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ) ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ) พยาน

(ลงชื่อ) พยาน

(.....)

(.....)

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

(.....)

(.....)



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

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

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

เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ได้ทำการสมัครสมาชิก สส.สท. 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. โรควันโรคในระยะอันตราย	<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 นายกสมาคมมาปนกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย (สส.สท.)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าไม่มีประวัติการรักษาโรคตามข้อ 1-9 หากข้าพเจ้าลงทะเบียนที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัวตามข้อ 1-9 และหากเสียชีวิตภายในระยะเวลา 1 ปี หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จให้ถือว่าข้าพเจ้าไม่มีสมาชิกภาพของ สส.สท. มาตั้งแต่ตน ทาง สส.สท. ไม่อนุญาตเป็นสมาชิก โดยคืนเงินสangเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือให้กับผู้สมัคร

ลงชื่อ..... (ผู้สมัครสมาชิก สส.สท.)
ตัวบรรจง(.....)

ลงชื่อ..... (เจ้าหน้าที่/กรรมการศูนย์ประสานงาน)
ตัวบรรจง(.....)