

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ร่วมบุญ สอ. เลขทะเบียนสมาคม.....



- ☐ สมาชิกหลัก ☐ คู่สมรส ☐ บุตร เลขทะเบียนสมาชิกสหกรณ์.....
☐ บิดา ☐ มารดา ☐ พี่น้อง (ผู้สมัครสมาชิกอายุไม่เกิน 60 ปี)
☐ บุคคลในทะเบียน (ต้องเป็นบุคคลอยู่ในทะเบียนบ้านไม่น้อยกว่า 2 ปี)

เขียนที่ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ร่วมบุญ
วันที่.....

ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. อายุ.....ปี
สังกัดหน่วย/โรงเรียน..... อำเภอ..... จังหวัด.....
ภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ร่วมบุญ ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อบังคับสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ร่วมบุญแล้ว มีความเต็มใจ และ
ยินยอมที่จะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบและคำสั่งสมาคมฯ ทุกประการไม่ว่าข้อบังคับ ระเบียบ คำสั่งนั้นๆ จะออกก่อนหรือหลังการสมัครของข้าพเจ้าหรือมีการแก้ไข
ประการใดก็ดี ถ้าข้าพเจ้าฝ่าฝืน ไม่ปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบและคำสั่งของสมาคมยินยอมรับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียวโดยไม่ใช้สิทธิโต้แย้งต่อสมาคมอย่างใดโดยสิ้นเชิง
สำหรับดอกเบี้ยเงินฝากจาก เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าข้าพเจ้าขอบริจาคให้สมาคม

ถ้าสมาคมฯจ่ายเงินสงเคราะห์ศพตามระเบียบของสมาคมข้าพเจ้าขอให้สมาคมฯ จ่ายเงินให้แก่ผู้รับผลประโยชน์ดังนี้

- 1.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....ข้าพเจ้า
- 2.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....ข้าพเจ้า
- 3.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....ข้าพเจ้า
- 4.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....ข้าพเจ้า

โดยมีเงื่อนไขดังนี้ ☐ ให้ได้รับจำนวนเต็มเพียงผู้เดียวตามลำดับ ☐ ให้ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆ กัน
☐ อื่นๆ (ระบุ)

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

*** กรณีสมาชิกสมทบ**

คำรับรองของสมาชิกหลัก ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้สมัครข้างต้น มีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคม และข้าพเจ้าขอยืนยัน ให้คำยินยอม
ในการปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบของสมาคมฯ ทุกประการ

ลงชื่อ.....สมาชิกหลัก
(.....)

เสนอคณะกรรมการ ข้าพเจ้าได้พิจารณาใบสมัครของ.....เห็นว่ามีความเหมาะสม

☐ ถูกต้อง เห็นสมควรอนุมัติเป็นสมาชิกได้ ☐ ไม่ถูกต้อง ไม่สมควรอนุมัติเป็นสมาชิกสาเหตุ.....

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ นายทะเบียน
(.....) (.....)

มติคณะกรรมการ ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติรับเป็นสมาชิก.....

ลงชื่อ.....นายกสมาคม
(.....)

จ่ายเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า วันที่..... ที่ประชุมมีมติรับเป็นสมาชิก วันที่.....

มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ (ครบ 180 วัน) วันที่.....

หลักฐานการสมัคร

1. สำเนาบัตรประชาชนของผู้สมัคร
2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร
3. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์
4. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลไม่เกิน 30 วัน
5. **กรณีสมทบ** (คู่สมรส (สำเนาทะเบียนสมรส), บุตร, บิดา, มารดา, บุคคลในทะเบียนบ้าน) **จะต้องมีเอกสารสมาชิกหลัก**
การชำระเงินครั้งแรกเป็นเงินสด ค่าสมัคร 100 บาท + บำรุงสมาคมปีละ 30 บาท + สงเคราะห์ล่วงหน้า 500 บาท **รวม 630 บาท**
หลังจากนั้นสมาคมฯจะหักผ่านบัญชีเงินเดือนศพละ 40 บาท เก็บตามจำนวนสมาชิกที่เสียชีวิต



เขียนที่.....

วันที่.....

แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

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

สมาชิกสหกรณ์..... เลขที่สมาชิกสหกรณ์

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ได้ทำการสมัครสมาชิก ร่วมบุญ สอ. รอบสมัครเดือน.....

และขอใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาล

ขอเรียนว่าข้าพเจ้า มีประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

	ไม่มี	มี	
1. โรคมะเร็ง	☐	☐	ระบุ
2. โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด	☐	☐	ระบุ
3. โรคฉี่หนูในระหว่างตั้งครรภ์	☐	☐	ระบุ
4. โรคเบาหวานขึ้นรุนแรง	☐	☐	ระบุ
5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (SLE)	☐	☐	ระบุ
6. โรคไตวายเรื้อรัง (ล้างไต)	☐	☐	ระบุ
7. โรคปอดเรื้อรัง	☐	☐	ระบุ
8. โรคตับแข็ง	☐	☐	ระบุ
9. โรคร้ายแรงอื่นๆ ตามที่แพทย์ระบุ.....			

เรียน นายกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ร่วมบุญ สหกรณ์ออมทรัพย์ครูพะเยา จำกัด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรค ถือว่าการสมัครเป็นสมาชิกเป็นโมฆะ ให้ ร่วมบุญ สอ. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิก ตามข้อบังคับสมาคม พ.ศ. 2568 ข้อ 9 (5) ได้ทันที และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์และสิทธิ์ใดๆ และขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้งข้าพเจ้าไม่ตั้งใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจาก ร่วมบุญ สอ. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคมทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าโดยมอบให้ ร่วมบุญ สอ. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ (ผู้สมัครสมาชิก ร่วมบุญ สอ.)

ตัวบรรจง(.....)

ลงชื่อ พยาน

ตัวบรรจง(.....)

ลงชื่อ พยาน (เจ้าหน้าที่ / กรรมการ)

ตัวบรรจง(.....)

หมายเหตุ : เสียชีวิตภายในระยะเวลา 1 ปี สาเหตุการตาย “ติดเชื้อในกระแสเลือด” ต้องไม่มีประวัติ 1 – 9 โรค ตามที่สมาคมกำหนด