

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง
เอกสารประกอบ
1. สำเนาบัตรเจ้าหน้าที่รัฐหรือบัตรประจำตัวประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์โรงพยาบาลของรัฐมีอายุไม่เกิน 30 วัน ฉบับจริง
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
7. หนังสือยินยอมหักเงินปันผล (กรณีให้หักเงินปันผล)



สสอ.ค.1

ลำดับสมัคร.....

## ใบสมัครสมาชิกประเภทสามัญ สมาคมฅาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนมสทสรณ์ออมทรัพย์ครุไทย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขที่ประจำตัวประชาชน

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

(1) ดำรงตำแหน่ง..... และเป็นสมาชิกสามัญของสทสรณ์ออมทรัพย์ครุนครสวรรค์ จำกัด เลขที่สมาชิก.....

(2) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....

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

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....

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

(3) สถานที่ปฏิบัติงาน/ชื่อหน่วยงาน..... อำเภอ..... จังหวัด.....

(4) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรกจำนวน ..... บาท และครั้งต่อไปชำระ ดังนี้

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ชำระเป็นเงินสดทุกปี           | <input type="checkbox"/> หักชำระจากบัญชีเงินฝากในสทสรณ์ของสมาชิก |
| <input type="checkbox"/> หักชำระจากเงินปันผล, ฅลี่ยคิน | <input type="checkbox"/> หักชำระจากการเพิ่มเงินกู้ให้สมาชิก      |

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจในวัตถุประสงค์ของข้อบังคับสมาคมฅาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนมสทสรณ์ออมทรัพย์ครุไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกและยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

<p><b>สำหรับศูนย์ประสานงาน</b></p> <p>ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัคร</p> <p>( ) เป็นผู้มีความสมบัติถูกต้องครบถ้วน</p> <p>( ) ได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน</p> <p>( ) ชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าแล้ว</p> <p>( ) ฅวรอนุมัติรับเป็นสมาชิก</p> <p>ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน ( นางมณีนุช ฅือกจิ้น )</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้จัดการศูนย์ประสานงาน ( นายธนภุชฅณ์ อุ่นสมบัติ )</p> <p>ลงชื่อ.....เลขานุการ/กรรมการ/ประธานศูนย์ฯ</p>
---

<p><b>สำหรับสมาคม</b></p> <p>( ) ฅวรอนุมัติรับเป็นสมาชิก</p> <p>( ) อื่นๆ (ระบุ).....</p> <p>ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ (.....)</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้จัดการ/เลขานุการ (.....)</p>
<p><b>การอนุมัติ</b></p> <p>( ) อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสอ.ค.1 เมื่อวันที่.....</p> <p>( ) ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....</p> <p>ลงชื่อ.....นายก/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย (.....)</p>



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์  
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนมสทกรมออมทรัพย์ชาวไทย (สสอ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

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

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด เลขที่สมาชิก..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

ดำรงตำแหน่ง..... สถานที่ปฏิบัติงาน..... อำเภอ..... จังหวัด.....

## 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.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....เกี่ยวข้องกับ..... )เป็นผู้จัดการศพ

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

ลงชื่อ ..... ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน

(.....)

ลงชื่อ ..... เจ้าหน้าที่ สสอ.

( นางมณีนุช เผือกจีน )

ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม สสอ.

(.....)

**ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้**

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

1.1 สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา

1.4 ปู่ ย่า ตา ยาย

1.2 พี่น้องร่วมบิดา มารดาเดียวกัน

1.5 หลง ป้า น้า อา

1.3 พี่น้องร่วมบิดา หรือมารดาเดียวกัน

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).....



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. โรคฉี่หนูในระยยะอันตราย	<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. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
10. โรคร้ายแรงอื่น ๆ ตามที่แพทย์ระบุ.....			

เรียน นายกสมาคมฉาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์ครุไทย (สสอค.)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าไม่มีประวัติการรักษาโรคตามข้อ 1-10 หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัวตามข้อ 1-10 และหากเสียชีวิตภายในระยะเวลา 1 ปี หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จให้ถือว่า ข้าพเจ้าไม่มีสมาชิกภาพของ สสอค. มาตั้งแต่ต้น ทาง สสอค. ไม่อนุมัติเป็นสมาชิก เงินค่าบำรุงและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า คืนให้กับผู้สมัคร

ลงชื่อ..... (ผู้สมัครสมาชิก สสอค.)  
 ตัวบรรจง(.....)  
 ลงชื่อ..... พยาน  
 ตัวบรรจง(.....)  
 ลงชื่อ..... พยาน (เจ้าหน้าที่/กรรมการศูนย์ประสานงาน)  
 ตัวบรรจง(.....)