



สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเชียงใหม่
รับที่.....4594
วันที่.....3 เม.ย 2568
เวลา.....15.00 น.
☒ ออก ☐ กง ☐ บค ☐ พค ☐ ICT
☐ สส ☐ นผ ☐ นท ☐ ดสน ☐ กฎหมาย

ที่ ศธ ๕๒๑๐๑๓/ ๓๖๖

สำนักงาน สกสค.จังหวัดเชียงใหม่

๒ ถนนหัตติเสวี ตำบลช้างเผือก

อำเภอเมืองเชียงใหม่ ชม ๕๐๓๐๐

๑ เมษายน ๒๕๖๘

เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค.-ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ (๑๓๓ วัน)

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเชียงใหม่

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค.-ช.พ.ส. จำนวน ๒ ชุด

ด้วยคณะกรรมการ ช.พ.ค.-ช.พ.ส. เมื่อคราวการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๘ วันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ ได้พิจารณาเรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการสมัครสมาชิกเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค.-ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสวันคล้ายวันสถาปนาครบรอบกระทรวงศึกษาธิการ ๑๓๓ ปี วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๘ เพื่อเปิดโอกาสให้ครูและบุคลากรทางการศึกษา และคู่สมรส ที่มีอายุเกิน ๓๕ ปี จนถึงอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ สมัครเข้าเป็นสมาชิกเพื่อทำการสงเคราะห์ซึ่งกันและกันในการจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อสมาชิกถึงแก่ความตาย ตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๒๔ ตุลาคม ๒๕๖๘ (๑๓๓ วัน) รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

ในการนี้ สำนักงาน สกสค.จังหวัดเชียงใหม่ ขอความอนุเคราะห์ท่านประชาสัมพันธ์ให้ครูและบุคลากรทางการศึกษาในสังกัดทราบโดยทั่วกัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายจักรกฤษ สุริโยปการ)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ รักษาการ

ผู้อำนวยการสำนักงาน สกสค.จังหวัดเชียงใหม่

โทรศัพท์ ๐-๕๓๒๑-๑๖๘๑

มือถือ ๐๖๒-๖๐๔๐๖๗๘

หมายเหตุ : หน่วยรับสมัครเคลื่อนที่ถึงที่ตั้งของผู้สมัครฯ

IDLIN : 0626040678

“เรียนดี มีความสุข”



เปิดรับสมัครแล้ว

สมาชิก ช.พ.ค.-ช.พ.ส. กรณีพิเศษ

อายุเกิน 35 ปี - 60 ปีบริบูรณ์

เริ่มวันที่ 1 เมษายน - 24 ตุลาคม 2568

รายละเอียดเพิ่มเติม

✿ เปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. - ช.พ.ส. กรณีพิเศษ อายุเกิน 35 ปี - 60 ปีบริบูรณ์

- อายุเกิน 35 ปี - 40 ปีบริบูรณ์ ค่าสมัคร 50 บาท และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า 2,500 บาท
- อายุเกิน 41 ปี - 45 ปีบริบูรณ์ ค่าสมัคร 50 บาท และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า 5,000 บาท
- อายุเกิน 45 ปี - 50 ปีบริบูรณ์ ค่าสมัคร 50 บาท และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า 7,500 บาท
- อายุเกิน 50 ปี - 60 ปีบริบูรณ์ ค่าสมัคร 50 บาท และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า 10,000 บาท



คุณสมบัติผู้สมัคร

✿ เปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. - ช.พ.ส. กรณีพิเศษ อายุเกิน 35 ปี - 60 ปีบริบูรณ์

- ครู / คณาจารย์
- ผู้บริหารสถานศึกษา
- บุคลากรทางการศึกษา
- ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา
- คู่สมรส



สอบถามเพิ่มเติมได้ที่
สำนักงาน สกสค. จังหวัดเชียงใหม่
โทร 053-211681 ต่อ 0 นือถือ 062-6040678
ที่ตั้ง 2 ถนนติสสวดี ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง เชียงใหม่



โหลดแบบฟอร์มใบสมัคร



อายุเกิน 35-50 ปี



อายุเกิน 35-50 ปี



อายุเกิน 50-60 ปี



อายุเกิน 50-60 ปี



ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค.
เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ (133 วัน)

เนื่องในโอกาสวันคล้ายวันสถาปนาครบรอบกระทรวงศึกษาธิการ 133 ปี สำนักงานคณะกรรมการ สกสค. เปิดโอกาสให้ครูและบุคลากรทางการศึกษา ที่มีอายุไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์ สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. เพื่อทำการสงเคราะห์ซึ่งกันและกันในการจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อสมาชิก ช.พ.ค. ถึงแก่ความตาย

อาศัยอำนาจตามความในข้อ 11 วรรคสาม วรรคสี่ และข้อ 24 (1) ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาว่าด้วย การฉาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ประกอบกับมติคณะกรรมการ ช.พ.ค. ในการประชุมครั้งที่ 2/2568 เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 จึงออกประกาศ ดังนี้

ข้อ 1 ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ (133 วัน)”

ข้อ 2 ให้มีการรับสมัครครูและบุคลากรทางการศึกษา ที่มีอายุเกิน 35 ปี ถึง 60 ปีบริบูรณ์

ข้อ 3 กำหนดในการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2568 ถึง วันที่ 24 ตุลาคม 2568 ในวันและเวลาทำการ ตั้งแต่เวลา 08.30 น. - 16.30 น.

ข้อ 4 ให้ผู้ประสงค์สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ตามประกาศนี้ ยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร ตามแบบที่กำหนดไว้ท้ายประกาศนี้ด้วยตนเองต่อหน้าเจ้าหน้าที่ของสำนักงาน สกสค. จังหวัดที่หน่วยงานของครูและบุคลากรทางการศึกษา ตั้งอยู่

ข้อ 5 ผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ค. ตามประกาศนี้ ต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

5.1 คุณสมบัติของผู้สมัคร

5.1.1 ต้องเป็นผู้ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- (1) ครู
 - (2) คณาจารย์
 - (3) ผู้บริหารสถานศึกษา
 - (4) ผู้บริหารการศึกษา
 - (5) บุคลากรทางการศึกษาอื่น
 - (6) ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา
 - (7) สมาชิกคุรุสภา ตามที่กำหนดไว้ในข้อ 10 ของประกาศนี้
- กรณีผู้สมัคร เป็นบุคคลตาม (1)-(6) ต้องเป็นผู้มีเงินเดือน หรือค่าจ้างประจำ

เว้นแต่กรณี (7)

/5.1.2 มีอายุเกิน...

- 5.1.2 มีอายุเกิน 35 ปี จนถึง 40 ปีบริบูรณ์
- 5.1.3 มีอายุเกิน 40 ปี จนถึง 45 ปีบริบูรณ์
- 5.1.4 มีอายุเกิน 45 ปี จนถึง 50 ปีบริบูรณ์
- 5.1.5 มีอายุเกิน 50 ปี จนถึง 60 ปีบริบูรณ์

5.2 เงินค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า

5.2.1 ให้ผู้สมัครตามข้อ 5.1.2 ชำระเงินค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าในอัตรา ดังนี้

- (1) ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท
- (2) เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 2,500 บาท

5.2.2 ให้ผู้สมัครตามข้อ 5.1.3 ชำระเงินค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าในอัตรา ดังนี้

- (1) ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท
- (2) เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 5,000 บาท

5.2.3 ให้ผู้สมัครตามข้อ 5.1.4 ชำระเงินค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าในอัตรา ดังนี้

- (1) ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท
- (2) เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 7,500 บาท

5.2.4 ให้ผู้สมัครตามข้อ 5.1.5 ชำระเงินค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าในอัตรา ดังนี้

- (1) ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท
- (2) เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 10,000 บาท

การคืนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าจะคืนให้แก่สมาชิก ช.พ.ค. หรือครอบครัวของสมาชิก ช.พ.ค. ตามที่กำหนดไว้ในระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาว่าด้วย การฉกฉวยเงินสงเคราะห์ช่วยเหลือครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

ข้อ 6 เอกสารหลักฐานในการสมัคร

ให้ผู้สมัครแสดงบัตรประจำตัวประชาชนต่อหน้าเจ้าหน้าที่ พร้อมเอกสารหลักฐานที่รับรองสำเนาถูกต้อง ดังนี้

- 6.1 สำเนาคำร้องการเปลี่ยนชื่อตัว - ชื่อสกุล คำนำหน้านาม หรือ การขอใช้ชื่อสกุลเดิม หรือทุกกรณีที่ชื่อตัว - ชื่อสกุลของผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ไม่ตรงตามเอกสาร
- 6.2 สำเนาใบสำคัญการสมรส (ถ้ามี) 1 ฉบับ
- 6.3 ใบรับรองแพทย์ที่ออกให้โดยแพทย์ซึ่งขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมรับรองว่าขณะตรวจร่างกายผู้สมัครเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ และให้ใช้ได้ 30 วันนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

สำหรับกรณีผู้สมัครที่มีอายุเกิน 50 ปี จนถึง 60 ปีบริบูรณ์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ตามที่คณะกรรมการ ช.พ.ค. กำหนด

ข้อ 7 นอกจากเอกสารหลักฐานตามข้อ 6 ให้ผู้สมัครที่เป็นครูและบุคลากรทางการศึกษา ซึ่งสังกัดโรงเรียนในระบบตามพระราชบัญญัติโรงเรียนเอกชน พ.ศ. 2550 ยื่นสำเนาหนังสือแต่งตั้งครูให้ปฏิบัติหน้าที่หรือสำเนาหนังสือแต่งตั้งบุคลากรทางการศึกษาให้ปฏิบัติหน้าที่ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องประกอบการสมัครและให้นำเอกสารฉบับจริง (ถ้ามี) มาแสดงต่อหน้าเจ้าหน้าที่ในวันสมัคร

/ข้อ 8 นอกจาก...

ข้อ 8 นอกจากเอกสารหลักฐานตามข้อ 6 ให้ผู้สมัครที่เป็นเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างของ สหกรณ์ออมทรัพย์ครู ให้ยื่นเอกสารหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่งพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องประกอบการสมัคร ดังนี้

8.1 สำเนาคำสั่งแต่งตั้งหรือหนังสือรับรองให้เป็นเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้าง หรือ

8.2 สำเนาสัญญาจ้าง หรือเอกสารหลักฐานที่แสดงว่าหน่วยงานจ้างให้ปฏิบัติหน้าที่ โดยเอกสารหรือสัญญาจ้างนั้นต้องมีกำหนดเวลาจ้างต่อเนื่องกันไม่น้อยกว่า 1 ปี

ข้อ 9 นอกจากเอกสารหลักฐานตามข้อ 6 ให้ผู้สมัครที่เป็นลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราวรายปี หรือที่เรียกชื่ออย่างอื่นที่ปฏิบัติงานในลักษณะเดียวกันในสังกัดหรือในกำกับดูแลของกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สำนักนายกรัฐมนตรี องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน ให้ยื่นเอกสารหลักฐาน อย่างใดอย่างหนึ่งพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องประกอบการสมัคร ดังนี้

9.1 สำเนาคำสั่งมอบหมายให้เป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการจัดการศึกษา หรือ

9.2 สำเนาคำสั่งบรรจุและแต่งตั้ง หรือ สำเนาสัญญาจ้าง หรือ เอกสารหลักฐาน ที่แสดงว่าหน่วยงานจ้างให้ปฏิบัติหน้าที่ โดยเอกสารหรือสัญญาจ้างนั้นต้องมีกำหนดเวลาจ้างต่อเนื่องกัน ไม่น้อยกว่า 1 ปี

ข้อ 10 ผู้สมัครที่มีคุณสมบัติตามข้อ 5.1.1 (7) นอกจากเอกสารหลักฐานตามข้อ 6 ให้ผู้สมัคร ที่เคยเป็นสมาชิกคุรุสภา ก่อนวันที่ 12 มิถุนายน 2546 ให้ยื่นเอกสารหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่งพร้อมรับรอง สำเนาถูกต้องประกอบการสมัคร ดังนี้

10.1 สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกคุรุสภาประเภทตลอดชีพ หรือ สำเนา ใบเสร็จรับเงิน ค่าบำรุงสมาชิกคุรุสภารายปี หรือ

10.2 สำเนา ก.พ. 7 หรือ สำเนาสมุดประวัติประจำตัวครู สังกัดสำนักงาน คณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชนที่แสดงเป็นหลักฐานว่าเคยปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี หรือ

10.3 ในกรณีไม่มีเอกสารหลักฐานตามข้อ 10.1 และ 10.2 ให้ขอหนังสือรับรองจาก หน่วยงานต้นสังกัด หรือกรณีที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานศึกษาเอกชนให้ขอหนังสือรับรองจากผู้รับใบอนุญาตจัดตั้ง โรงเรียนเอกชน ซึ่งเคยปฏิบัติหน้าที่ ณ สถานศึกษาแห่งนั้น

ข้อ 11 ผู้ใดยื่นใบสมัครอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความอันควรแจ้งให้ทราบ หรือกระทำการ อื่นใดโดยไม่สุจริต เพื่อให้ได้มาซึ่งสิทธิในการเป็นสมาชิก ข.พ.ค. ให้ถือว่าผู้นั้นไม่มีสิทธิสมัครเป็นสมาชิก ข.พ.ค. มาตั้งแต่ต้น และมิได้รับการสงเคราะห์ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครู และบุคลากรทางการศึกษาว่าด้วย การฉ้อโกงสงเคราะห์ช่วยเหลือเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

ในกรณีที่มีปัญหาอันเกี่ยวกับการปฏิบัติตามประกาศนี้ ให้คณะกรรมการ ข.พ.ค. เป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาด และให้คำวินิจฉัยดังกล่าวเป็นที่สุด

ประกาศ ณ วันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2568

(นายพีระพันธุ์ เหมะรัต)

เลขาธิการคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการ
และสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา
ประธานกรรมการ ข.พ.ค.



ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ข.พ.ค. กรณีพิเศษ (133 วัน)

- ☐ กรณีอายุเกิน 35 ปี – 40 ปีบริบูรณ์
☐ กรณีอายุเกิน 40 ปี – 45 ปีบริบูรณ์
☐ กรณีอายุเกิน 45 ปี – 50 ปีบริบูรณ์
☐ กรณีอายุเกิน 50 ปี – 60 ปีบริบูรณ์

เขียนที่ สำนักงาน สกสค. จังหวัด.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

1. สำหรับผู้สมัคร

1. ข้อมูลผู้สมัครสมาชิก ข.พ.ค.

(1) ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาวนามสกุล..... อายุ.....ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - -

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

(2) เป็นผู้ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง

- ☐ ครู ☐ คณาจารย์ ☐ ผู้บริหารสถานศึกษา ☐ ผู้บริหารการศึกษา
☐ บุคลากรทางการศึกษา ☐ ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา ☐ บุคลากรซึ่งปฏิบัติงานในสหกรณ์ออมทรัพย์ครู
☐ สมาชิกคุรุสภา ☐ บุคลากรทางการศึกษาอื่น

(3) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

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

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

โทรศัพท์.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....E-mail

(4) ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ สถานที่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

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

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

โทรศัพท์.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....E-mail

(5) ชื่อหน่วยงาน/สถานศึกษาสังกัด.....

ปัจจุบันข้าพเจ้ารับเงินเดือน/ค่าจ้างประจำ จากหน่วยงาน.....

เลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

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

* กรณีย้ายที่อยู่/สถานที่ปฏิบัติงาน ข้าพเจ้าจะแจ้งเปลี่ยนแปลงให้สำนักงาน สกสค. จังหวัด ทราบภายใน 30 วัน นับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลง

2. กรณีที่ติดต่อข้าพเจ้าไม่ได้ให้ติดต่อบุคคล ดังต่อไปนี้

ชื่อ - ชื่อสกุลที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....E-mail.....

3. ข้าพเจ้าได้ชำระเงินในการสมัครครั้งนี้ ดังนี้

- ☐ กรณีอายุเกิน 35 ปี – 40 ปีบริบูรณ์ ☐ ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท ค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 2,500 บาท รวมเป็นเงิน 2,550 บาท (สองพันห้าร้อยห้าสิบบาทถ้วน)
☐ กรณีอายุเกิน 40 ปี – 45 ปีบริบูรณ์ ☐ ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท ค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 5,000 บาท รวมเป็นเงิน 5,050 บาท (ห้าพันห้าสิบบาทถ้วน)
☐ กรณีอายุเกิน 45 ปี – 50 ปีบริบูรณ์ ☐ ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท ค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 7,500 บาท รวมเป็นเงิน 7,550 บาท (เจ็ดพันห้าร้อยห้าสิบบาทถ้วน)
☐ กรณีอายุเกิน 50 ปี – 60 ปีบริบูรณ์ ☐ ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท ค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 10,000 บาท รวมเป็นเงิน 10,050 บาท (หนึ่งหมื่นห้าสิบบาทถ้วน)

ข้าพเจ้าได้รับทราบหลักการและเข้าใจวัตถุประสงค์ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 และมีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก ข.พ.ค. โดยยินยอมปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

2. คำรับรองของผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้าหน่วยงานผู้เบิกเงินเดือน/ค่าจ้างของผู้สมัครสมาชิก ข.พ.ค.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล..... ตำแหน่ง.....
มีเงินเดือน.....บาท สถานที่ทำงานสังกัด.....
เริ่มรับราชการหรือปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.จนถึงปัจจุบัน

ลงชื่อ
(.....)
ตำแหน่ง
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ การรับรองมีผลบังคับใช้ได้ไม่เกิน 60 วัน นับแต่วันที่รับรอง

3. สำหรับเจ้าหน้าที่

ข้าพเจ้าซึ่งได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน ข.พ.ค. ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนในการสมัครเป็นสมาชิก ข.พ.ค. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วนถูกต้องเรียบร้อยแล้ว พร้อมทั้งชำระเงินค่าสมัคร เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 และประกาศคณะกรรมการ ข.พ.ค. เรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิก ข.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ และได้กระทำต่อหน้าข้าพเจ้าจริง

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ
(.....)
ตำแหน่ง
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

4. คำสั่ง (กรณีไม่อนุมัติให้อธิบายเหตุผลประกอบ)

.....
.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้อำนวยการสำนักงาน สกสค. จังหวัด.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.



ช.พ.ค.

ใบรับรองแพทย์

(สมัครสมาชิก ช.พ.ค. กรณีอายุเกิน 50 ปี จนถึง 60 ปีบริบูรณ์)

สถานที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง (1).....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือสถานที่ปฏิบัติงาน.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. เรียบร้อยแล้ว

ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว..... ไม่เป็นโรคดังต่อไปนี้

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. วัณโรคในระยะแพร่กระจายเชื้อ | 2. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม |
| 3. โรคติดยาเสพติดให้โทษ | 4. โรคพิษสุราเรื้อรัง |
| 5. โรคเอดส์ระยะสุดท้าย | 6. โรคติดต่อร้ายแรงที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรง |

ถ้าหากจำเป็น สำนักงานอาจจะขอให้แพทย์ทำการตรวจโรคเพิ่มเติม.....

สรุปความคิดเห็นข้อแนะนำของแพทย์ (2).....

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย
(.....)

หมายเหตุ

- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมโรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลศร เท่านั้น
- (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด
- (3) ประทับตราของโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลศรด้วย
- (4) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย

ส่วนของผู้รับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

หมายเลขประจำตัวประชาชน.....

ข้าพเจ้าขอรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| 1. โรคประจำตัว | ☐ ไม่มี | ☐ มี ระบุ..... |
| 2. อุบัติเหตุและผ่าตัด | ☐ ไม่มี | ☐ มี ระบุ..... |
| 3. เคยเข้ารับการรักษาโรงพยาบาล | ☐ ไม่มี | ☐ มี ระบุ..... |
| 4. ประวัติอื่นที่สำคัญ | ☐ ไม่มี | ☐ มี ระบุ..... |

ลงชื่อ..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ผู้ขอรับการตรวจรับรองสุขภาพต้องรับรองสุขภาพให้เป็นตามความจริง หากปรากฏว่าเป็นการให้คำรับรองเท็จ ให้ถือว่าไม่มีสิทธิสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ตั้งแต่ต้น และมิได้รับการสงเคราะห์ตามระเบียบ



หนังสือแสดงเจตนาละเมิดผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ค.

เขียนที่ สำนักงาน สกสค. จังหวัด.....

วันที่.....เดือนพ.ศ.

1. สำหรับสมาชิก

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาวนามสกุล.....
สมาชิก ช.พ.ค. เลขประจำตัว.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน -
สถานที่ทำงาน.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....E-mail.....

ขอแสดงเจตนาละเมิดผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวต่อหน้าเจ้าหน้าที่ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฉกฉวยเงินสงเคราะห์ช่วยเหลือเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ทั้งนี้ ให้สำนักงานหักเงินสงเคราะห์ครอบครัว ณ ที่จ่ายเพื่อชำระหนี้ตามข้อผูกพันกับสำนักงาน (ถ้ามี) ก่อนจ่ายเงินให้แก่ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวตามที่ได้ระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ ดังนี้

รายชื่อบุคคลที่ข้าพเจ้าแสดงเจตนาละเมิดสิทธิตามข้อ 8(1) ตามระเบียบ ช.พ.ค. ซึ่งเกี่ยวข้องเป็นคู่สมรสที่ชอบด้วยกฎหมาย บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย บุตรบุญธรรม บุตรนอกสมรสที่บิดาจดทะเบียนรับรองแล้ว และบิดามารดาของข้าพเจ้า

1. ☐ คู่สมรสที่ชอบด้วยกฎหมาย ชื่อ-ชื่อสกุล..... โทรศัพท์.....
2. ☐ บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย
 1. ชื่อ-ชื่อสกุล..... โทรศัพท์.....
 2. ชื่อ-ชื่อสกุล..... โทรศัพท์.....
 3. ชื่อ-ชื่อสกุล..... โทรศัพท์.....
 4. ชื่อ-ชื่อสกุล..... โทรศัพท์.....
 5. ชื่อ-ชื่อสกุล..... โทรศัพท์.....
3. ☐ บุตรบุญธรรม
 1. ชื่อ-ชื่อสกุล..... โทรศัพท์.....
 2. ชื่อ-ชื่อสกุล..... โทรศัพท์.....
4. ☐ บุตรนอกสมรส
 1. ชื่อ-ชื่อสกุล..... โทรศัพท์.....
 - ที่บิดาจดทะเบียนรับรองแล้ว 2. ชื่อ-ชื่อสกุล..... โทรศัพท์.....
5. ☐ บิดา ชื่อ-ชื่อสกุล..... โทรศัพท์.....
6. ☐ มารดา ชื่อ-ชื่อสกุล..... โทรศัพท์.....

เหตุผล กรณีผู้แสดงเจตนาไม่ระบุ บุคคลในข้อ 8(1).....

ลงชื่อ.....ผู้แสดงเจตนา วันที่.....เดือนพ.ศ. เวลา.....น.

/รายชื่อบุคคล...

รายชื่อบุคคลที่ข้าพเจ้าแสดงเจตนาระบุสิทธิตามข้อ 8(2) ตามระเบียบ ข.พ.ค. เกี่ยวข้องเป็นผู้อยู่ในอุปการะอย่างบุตรของข้าพเจ้า ซึ่งจะได้รับเมื่อผู้มีสิทธิรับเงินในข้อ 8(1) ถึงแก่ความตายก่อนข้าพเจ้าทั้งหมด

“ผู้อยู่ในอุปการะอย่างบุตรของสมาชิก ข.พ.ค.” หมายความว่า บุคคลธรรมดาที่สมาชิก ข.พ.ค. ได้ให้การอุปการะเลี้ยงดูเสมือนบุตรซึ่งเป็นผู้เยาว์ หรือผู้พิการ หรือทุพพลภาพ หรือผู้มีจิตพินเพื่อนไม่สมประกอบหรือวิกลจริต หรือคนไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

1. ชื่อ-ชื่อสกุล โทรศัพท์.....
2. ชื่อ-ชื่อสกุล โทรศัพท์.....
3. ชื่อ-ชื่อสกุล โทรศัพท์.....
4. ชื่อ-ชื่อสกุล โทรศัพท์.....
5. ชื่อ-ชื่อสกุล โทรศัพท์.....

เหตุผล กรณีผู้แสดงเจตนาไม่ระบุ บุคคลในข้อ 8(2).....

รายชื่อบุคคลที่ข้าพเจ้าแสดงเจตนาระบุสิทธิตามข้อ 8(3) ตามระเบียบ ข.พ.ค. เกี่ยวข้องเป็นผู้อุปการะข้าพเจ้า ซึ่งจะได้รับเมื่อผู้มีสิทธิรับเงินในข้อ 8(1) และข้อ 8(2) ถึงแก่ความตายก่อนข้าพเจ้าทั้งหมด

“ผู้อุปการะสมาชิก ข.พ.ค.” หมายความว่า บุคคลธรรมดาที่ให้การอุปการะที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของสมาชิก ข.พ.ค. ในขณะที่สมาชิก ข.พ.ค. ยังมีชีวิตอยู่

1. ชื่อ-ชื่อสกุล โทรศัพท์.....
2. ชื่อ-ชื่อสกุล โทรศัพท์.....
3. ชื่อ-ชื่อสกุล โทรศัพท์.....
4. ชื่อ-ชื่อสกุล โทรศัพท์.....
5. ชื่อ-ชื่อสกุล โทรศัพท์.....

เหตุผล กรณีผู้แสดงเจตนาไม่ระบุ บุคคลในข้อ 8(3).....

ผู้แสดงเจตนาต้องยื่นคำขอต่อเจ้าหน้าที่เพื่อแสดงเจตนาระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ข.พ.ค. จากเดิมที่เคยแสดงเจตนาระบุไว้ และในกรณีหากภายหลังสมาชิกได้แสดงเจตนาเปลี่ยนแปลงระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ข.พ.ค. ให้ถือว่า การแสดงเจตนาระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ข.พ.ค. ครั้งหลังเป็นการยกเลิกการแสดงเจตนาระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ข.พ.ค. ที่ได้ทำมาก่อนทั้งหมด

ลงชื่อผู้แสดงเจตนา
(.....)

หมายเหตุ : 1. ห้าม ขูด ลบ ขีดฆ่า กรณีมีความจำเป็นต้องแก้ไขข้อความให้ชัดเจนแล้วให้ผู้แสดงเจตนาลงลายมือชื่อกำกับไว้ทุกแห่ง
2. กรณีสมาชิกไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือขวาแทน ให้ผู้อำนวยการ สกสค. จังหวัด ลงนามรับรองด้วยว่า “เป็นลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือขวาของผู้แสดงเจตนาจริง และขณะพิมพ์ลายนิ้วมือมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์” โดยมีพยานลงลายมือชื่อรับรองไว้ด้วยสองคน

ลงชื่อ.....ผู้แสดงเจตนา วันที่.....เดือนพ.ศ. เวลา.....น.

/2. สำหรับเจ้าหน้าที่...

2. สำหรับเจ้าหน้าที่

ข้าพเจ้าซึ่งได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน ข.พ.ค. ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....
เป็นสมาชิก ข.พ.ค. ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ข.พ.ค. และเอกสารหลักฐานครบถ้วนถูกต้องเป็นไป
ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาว่าด้วยการมาปนกิจสงเคราะห์
ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 และประกาศคณะกรรมการ ข.พ.ค.
เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ข.พ.ค. พ.ศ. 2567

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า สมาชิกได้ทำหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ข.พ.ค. ฉบับนี้ ด้วยความสมัครใจ
และลงลายมือชื่อต่อหน้าข้าพเจ้าจริง เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. เวลา.....น.

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ เพราะ.....
.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้อำนวยการสำนักงาน สกสค. จังหวัด.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

☐ ข้าพเจ้า.....ผู้แสดงเจตนาได้รับสำเนาหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงิน
สงเคราะห์ครอบครัว ข.พ.ค. เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อ.....ผู้แสดงเจตนา วันที่.....เดือนพ.ศ. เวลา.....น.



**ประกาศคณะกรรมการ ข.พ.ส.
เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก ข.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ (133 วัน)**

เนื่องในโอกาสวันคล้ายวันสถาปนาครบรอบกระทรวงศึกษาธิการ 133 ปี สำนักงานคณะกรรมการ สกสค. เปิดโอกาสให้ครูและบุคลากรทางการศึกษา ที่มีอายุไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์ สมัครเป็นสมาชิก ข.พ.ส. เพื่อทำการสงเคราะห์ซึ่งกันและกันในการจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัว เมื่อสมาชิก ข.พ.ส. ถึงแก่ความตาย

อาศัยอำนาจตามความในข้อ 9 วรรคสาม วรรคสี่ และข้อ 23 (1) ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาว่าด้วย การฌาปนกิจสงเคราะห์ ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ในกรณีครูสมรสถึงแก่ความตาย พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ประกอบกับ มติคณะกรรมการ ข.พ.ส. ในการประชุมครั้งที่ 2/2568 วันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 จึงออกประกาศ ดังนี้

ข้อ 1 ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการ ข.พ.ส. เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก ข.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ (133 วัน)”

ข้อ 2 ให้มีการรับสมัครครูและบุคลากรทางการศึกษา ที่มีอายุเกิน 35 ปี ถึง 60 ปีบริบูรณ์

ข้อ 3 กำหนดในการเปิดรับสมัครสมาชิก ข.พ.ส. ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2568 ถึงวันที่ 24 ตุลาคม 2568 (133 วัน) ในวันและเวลาทำการ ตั้งแต่เวลา 08.30 น. - 16.30 น.

ข้อ 4 ให้ผู้ประสงค์สมัครเป็นสมาชิก ข.พ.ส. ตามประกาศนี้ ยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารหลักฐาน ประกอบการสมัครตามแบบที่กำหนดไว้ท้ายประกาศนี้ด้วยตนเองต่อหน้าเจ้าหน้าที่ของสำนักงาน สกสค. จังหวัด ที่หน่วยงานของครูและบุคลากรทางการศึกษา ตั้งอยู่

ข้อ 5 ผู้สมัครสมาชิก ข.พ.ส. ตามประกาศนี้ ต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

5.1 คุณสมบัติของผู้สมัคร

5.1.1 ต้องเป็นครูสมรสชอบด้วยกฎหมายของผู้ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- (1) ครู
 - (2) คณาจารย์
 - (3) ผู้บริหารสถานศึกษา
 - (4) ผู้บริหารการศึกษา
 - (5) บุคลากรทางการศึกษาอื่น
 - (6) ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา
 - (7) สมาชิกคุรุสภา ตามที่กำหนดไว้ในข้อ 10 ของประกาศนี้
- กรณีผู้สมัคร เป็นบุคคลตาม (1)-(6) ต้องเป็นผู้มีเงินเดือน หรือค่าจ้างประจำ

เว้นแต่กรณี (7)

/5.1.2 มีอายุเกิน...

- 5.1.2 มีอายุเกิน 35 ปี จนถึง 40 ปีบริบูรณ์
- 5.1.3 มีอายุเกิน 40 ปี จนถึง 45 ปีบริบูรณ์
- 5.1.4 มีอายุเกิน 45 ปี จนถึง 50 ปีบริบูรณ์
- 5.1.5 มีอายุเกิน 50 ปี จนถึง 60 ปีบริบูรณ์

5.2 เงินค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า

5.2.1 ให้ผู้สมัครตามข้อ 5.1.2 ชำระเงินค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า

ในอัตรา ดังนี้

- (1) ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท
- (2) เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 2,500 บาท

5.2.2 ให้ผู้สมัครตามข้อ 5.1.3 ชำระเงินค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า

ในอัตรา ดังนี้

- (1) ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท
- (2) เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 5,000 บาท

5.2.3 ให้ผู้สมัครตามข้อ 5.1.4 ชำระเงินค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า

ในอัตรา ดังนี้

- (1) ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท
- (2) เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 7,500 บาท

5.2.4 ให้ผู้สมัครตามข้อ 5.1.5 ชำระเงินค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า

ในอัตรา ดังนี้

- (1) ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท
- (2) เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 10,000 บาท

การคืนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าจะคืนให้แก่สมาชิก ช.พ.ส. หรือครอบครัวของสมาชิก ช.พ.ส. ตามที่กำหนดไว้ในระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาว่าด้วย การฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ในกรณีคู่สมรสถึงแก่ความตาย พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

ข้อ 6 เอกสารหลักฐานในการสมัคร

ให้ผู้สมัครแสดงบัตรประจำตัวประชาชนต่อหน้าเจ้าหน้าที่ พร้อมเอกสารหลักฐานที่รับรองสำเนาถูกต้อง ดังนี้

- 6.1 ใบสำคัญการสมรส / หลักฐานการสมรสฉบับจริง พร้อมสำเนาจำนวน 1 ฉบับ
- 6.2 สำเนาคำร้องการเปลี่ยนชื่อตัว - ชื่อสกุล คำนำหน้านาม หรือ การขอใช้ชื่อสกุลเดิม หรือทุกกรณีที่ชื่อตัว - ชื่อสกุลของผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ส. ไม่ตรงตามเอกสาร
- 6.3 ใบรับรองแพทย์ที่ออกให้โดยแพทย์ซึ่งขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมรับรองว่าขณะตรวจร่างกายผู้สมัครเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ และให้ใช้ได้ 30 วันนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

สำหรับกรณีผู้สมัครที่มีอายุเกิน 50 ปี จนถึง 60 ปีบริบูรณ์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ตามที่คณะกรรมการ ช.พ.ส. กำหนด

ข้อ 7 นอกจากเอกสารหลักฐานตามข้อ 6 ให้ผู้สมัครที่คู่สมรสเป็นครูและบุคลากรทางการศึกษา ซึ่งสังกัดโรงเรียนในระบบตามพระราชบัญญัติโรงเรียนเอกชน พ.ศ. 2550 ยื่นสำเนาหนังสือแต่งตั้งครูให้ปฏิบัติหน้าที่หรือสำเนาหนังสือแต่งตั้งบุคลากรทางการศึกษาให้ปฏิบัติหน้าที่ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องประกอบการสมัครและให้นำเอกสารฉบับจริง (ถ้ามี) มาแสดงต่อหน้าเจ้าหน้าที่ในวันสมัคร

/ข้อ 8 นอกจาก...

ข้อ 8 นอกจากเอกสารหลักฐานตามข้อ 6 ให้ผู้สมัครที่คู่สมรสเป็นครูและบุคลากรทางการศึกษา เป็นเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างของสหกรณ์ออมทรัพย์ครู ให้ยื่นเอกสารหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่งพร้อม รับรองสำเนาถูกต้องประกอบการสมัคร ดังนี้

8.1 สำเนาคำสั่งแต่งตั้งหรือหนังสือรับรองให้เป็นเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้าง หรือ

8.2 สำเนาสัญญาจ้าง หรือเอกสารหลักฐานที่แสดงว่าหน่วยงานจ้างให้ปฏิบัติหน้าที่ โดยเอกสารหรือสัญญาจ้างนั้นต้องมีกำหนดเวลาจ้างต่อเนื่องกันไม่น้อยกว่า 1 ปี

ข้อ 9 นอกจากเอกสารหลักฐานตามข้อ 6 ให้ผู้สมัครที่คู่สมรสเป็นครูและบุคลากรทางการศึกษา เป็นลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราวรายปีหรือที่เรียกชื่ออย่างอื่นที่ปฏิบัติงานในลักษณะเดียวกันในสังกัดหรือ ในกำกับดูแลของกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวง การอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สำนักนายกรัฐมนตรี องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงเรียน ตำรวจตระเวนชายแดน ให้ยื่นเอกสารหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่งพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องประกอบการสมัคร ดังนี้

9.1 สำเนาคำสั่งมอบหมายให้เป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการจัดการศึกษา หรือ

9.2 สำเนาคำสั่งบรรจุและแต่งตั้ง หรือ สำเนาสัญญาจ้าง หรือ เอกสารหลักฐาน ที่แสดงว่าหน่วยงานจ้างให้ปฏิบัติหน้าที่ โดยเอกสารหรือสัญญาจ้างนั้นต้องมีกำหนดเวลาจ้างต่อเนื่องกัน ไม่น้อยกว่า 1 ปี

ข้อ 10 ผู้สมัครที่มีคุณสมบัติตามข้อ 5.1.1 (7) นอกจากเอกสารหลักฐานตามข้อ 6 ให้คู่สมรส ของผู้สมัครที่เคยเป็นสมาชิกคุรุสภา ก่อนวันที่ 12 มิถุนายน 2546 ให้ยื่นเอกสารหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องประกอบการสมัคร ดังนี้

10.1 สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกคุรุสภาประเภทตลอดชีพ หรือ สำเนาใบเสร็จรับเงิน ค่าบำรุงสมาชิกคุรุสภารายปี หรือ

10.2 สำเนา ก.พ. 7 หรือ สำเนาสมุดประวัติประจำตัวครู สังกัดสำนักงาน คณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชนที่แสดงเป็นหลักฐานว่าเคยปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี หรือ

10.3 ในกรณีไม่มีเอกสารหลักฐานตามข้อ 10.1 และ 10.2 ให้ขอหนังสือรับรองจาก หน่วยงานต้นสังกัด หรือกรณีที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานศึกษาเอกชนให้ขอหนังสือรับรองจากผู้รับใบอนุญาตจัดตั้ง โรงเรียนเอกชน ซึ่งเคยปฏิบัติหน้าที่ ณ สถานศึกษาแห่งนั้น

ข้อ 11 ผู้ใดยื่นใบสมัครอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความอันควรแจ้งให้ทราบ หรือกระทำการ อื่นใดโดยไม่สุจริต เพื่อให้ได้มาซึ่งสิทธิในการเป็นสมาชิก ข.พ.ส. ให้ถือว่าผู้นั้นไม่มีสิทธิสมัครเป็นสมาชิก ข.พ.ส. มาตั้งแต่ต้น และมีได้รับการสงเคราะห์ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครู และบุคลากรทางการศึกษาว่าด้วย การฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ในกรณี คู่สมรสถึงแก่ความตาย พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

ในกรณีที่มีปัญหาอันเกี่ยวกับการปฏิบัติตามประกาศนี้ ให้คณะกรรมการ ข.พ.ส. เป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาด และให้คำวินิจฉัยดังกล่าวเป็นที่สุด

ประกาศ ณ วันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2568



(นายพีระพันธ์ เหมะรัต)

เลขาธิการคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการ

และสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา

ประธานกรรมการ ข.พ.ส.



ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ข.พ.ส. กรณีพิเศษ

- ☐ กรณีอายุเกิน 35 ปี – 40 ปีบริบูรณ์
☐ กรณีอายุเกิน 40 ปี – 45 ปีบริบูรณ์
☐ กรณีอายุเกิน 45 ปี – 50 ปีบริบูรณ์
☐ กรณีอายุเกิน 50 ปี – 60 ปีบริบูรณ์

เขียนที่ สำนักงาน สกสค. จังหวัด.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

1. สำหรับผู้สมัคร

1. ข้อมูลผู้สมัครสมาชิก ข.พ.ส.

(1) ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาวนามสกุล..... อายุ.....ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - -

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. จดทะเบียนสมรส ณ เขต / อำเภอ.....

จังหวัด เลขที่ทะเบียนสมรส /

(2) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

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

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

โทรศัพท์.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....E-mail

(3) ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ สถานที่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

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

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

โทรศัพท์.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....E-mail

2. ข้อมูลของคู่สมรสของผู้สมัครสมาชิก ข.พ.ส.

(1) ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาวนามสกุล..... อายุ.....ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - -

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

(2) เป็นผู้ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง

- ☐ ครู ☐ คณาจารย์ ☐ ผู้บริหารสถานศึกษา ☐ ผู้บริหารการศึกษา
☐ บุคลากรทางการศึกษา ☐ ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา ☐ บุคลากรซึ่งปฏิบัติงานในสหกรณ์ออมทรัพย์ครู
☐ สมาชิกคุรุสภา ☐ บุคลากรทางการศึกษาอื่น

(3) ชื่อหน่วยงาน/สถานศึกษาสังกัด.....

ปัจจุบันข้าพเจ้ารับเงินเดือน/ค่าจ้างประจำ จากหน่วยงาน.....

เลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

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

* กรณีย้ายที่อยู่/สถานที่ปฏิบัติงาน ข้าพเจ้าจะแจ้งเปลี่ยนแปลงให้สำนักงาน สกสค. จังหวัด ทราบภายใน 30 วัน นับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลง

3. กรณีที่ติดต่อข้าพเจ้าไม่ได้ให้ติดต่อบุคคล ดังต่อไปนี้

ชื่อ - ชื่อสกุลที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....E-mail

4. ข้าพเจ้าได้ชำระเงินในการสมัครครั้งนี้ ดังนี้

- ☐ กรณีอายุเกิน 35 ปี – 40 ปีบริบูรณ์ ☐ ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท ค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 2,500 บาท รวมเป็นเงิน 2,550 บาท (สองพันห้าร้อยห้าสิบบาทถ้วน)
☐ กรณีอายุเกิน 40 ปี – 45 ปีบริบูรณ์ ☐ ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท ค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 5,000 บาท รวมเป็นเงิน 5,050 บาท (ห้าพันห้าสิบบาทถ้วน)
☐ กรณีอายุเกิน 45 ปี – 50 ปีบริบูรณ์ ☐ ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท ค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 7,500 บาท รวมเป็นเงิน 7,550 บาท (เจ็ดพันห้าร้อยห้าสิบบาทถ้วน)
☐ กรณีอายุเกิน 50 ปี – 60 ปีบริบูรณ์ ☐ ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท ค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 10,000 บาท รวมเป็นเงิน 10,050 บาท (หนึ่งหมื่นห้าสิบบาทถ้วน)

ข้าพเจ้า (ผู้สมัครสมาชิก ข.พ.ส. และคู่สมรส) ได้รับทราบหลักการและเข้าใจวัตถุประสงค์ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ในกรณีคู่สมรสถึงแก่ความตาย พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 แล้ว และมีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก ข.พ.ส. โดยยินยอมปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

2. คำรับรองของผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้าหน่วยงานผู้เบิกเงินเดือน/ค่าจ้าง ของคู่สมรสผู้สมัครสมาชิก ข.พ.ส.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล..... ตำแหน่ง.....
มีเงินเดือน.....บาท สถานที่ทำงานสังกัด.....
เริ่มรับราชการหรือปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.จนถึงปัจจุบัน

ลงชื่อ
(.....)
ตำแหน่ง
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ การรับรองมีผลบังคับใช้ได้ไม่เกิน 60 วัน นับแต่วันที่รับรอง

3. สำหรับเจ้าหน้าที่

ข้าพเจ้าซึ่งได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน ข.พ.ส. ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนในการสมัครเป็นสมาชิก ข.พ.ส. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วนถูกต้องเรียบร้อยแล้ว พร้อมทั้งชำระเงินค่าสมัคร เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ในกรณีคู่สมรสถึงแก่ความตาย พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 และประกาศคณะกรรมการ ข.พ.ส. เรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิก ข.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ และได้กระทำต่อหน้าข้าพเจ้าจริง

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ
(.....)
ตำแหน่ง
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

4. คำสั่ง (กรณีไม่อนุมัติให้อธิบายเหตุผลประกอบ)

.....
.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้อำนวยการสำนักงาน สกสค. จังหวัด.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.



ใบรับรองแพทย์

(สมัครสมาชิก ช.พ.ส. กรณีอายุเกิน 50 ปี จนถึง 60 ปีบริบูรณ์)

สถานที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง (1).....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือสถานที่ปฏิบัติงาน.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. วัณโรคในระยะแพร่กระจายเชื้อ | 2. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม |
| 3. โรคติดยาเสพติดให้โทษ | 4. โรคพิษสุราเรื้อรัง |
| 5. โรคเอดส์ระยะสุดท้าย | 6. โรคติดต่อร้ายแรงที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรง |

ถ้าหากจำเป็น สำนักงานอาจจะขอให้แพทย์ทำการตรวจโรคเพิ่มเติม.....

สรุปความคิดเห็นข้อแนะนำของแพทย์ (2).....

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย
(.....)

หมายเหตุ

(1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมโรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลศร เท่านั้น

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด

(3) ประทับตราของโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลศรด้วย

(4) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย

ส่วนของผู้รับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

หมายเลขประจำตัวประชาชน.....

ข้าพเจ้าขอรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. โรคประจำตัว | ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... |
| 2. อุบัติเหตุและผ่าตัด | ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... |
| 3. เคยเข้ารับการรักษาโรงพยาบาล | ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... |
| 4. ประวัติอื่นที่สำคัญ | ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... |

ลงชื่อ..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ผู้ขอรับการตรวจรับรองสุขภาพ ต้องรับรองสุขภาพให้เป็นตามความจริง หากปรากฏว่าเป็นการให้คำรับรองเท็จ ให้ถือว่าไม่มีสิทธิสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. ตั้งแต่วัน และมีได้รับการลงคะแนนตามระเบียบ