

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ

1. แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง (สสอ.2)
2. หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ (สสอ.3)
3. ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐมีอายุไม่เกิน 30 วัน
4. สำเนาบัตรเจ้าหน้าที่รัฐ หรือบัตรประจำตัวประชาชน
5. สำเนาทะเบียนบ้าน
6. สำเนาทะเบียนสมรส, สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล
7. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้รับ)
8. สำเนาเอกสารการเป็นสมาชิกสมาคมต้นสังกัด (กลุ่มวิชาชีพอื่น)
9. รูปถ่ายสมาชิกใบสมัคร ณ ศูนย์ประสานงาน สสอ. (เต็มตัว)

สสอ.1



ใบสมัครสมาชิกประเภทสามัญ

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย(สสอ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขที่ประจำตัวประชาชน

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

(1) ดำรงตำแหน่ง หรือปฏิบัติหน้าที่..... และเป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์..... เลขที่สมาชิกสหกรณ์..... เลขที่สมาชิกสมาคมต้นสังกัด.....

(2) สถานที่อยู่
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล(แขวง).....
อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

(3) สถานที่ปฏิบัติงาน/ชื่อหน่วยงาน.....อำเภอ(เขต).....
จังหวัด.....โทรศัพท์(ที่ทำงาน).....E-mail.....

(4) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก จำนวน.....บาท และครั้งต่อไปชำระดังนี้

- | | |
|---|--|
| ☐ ชำระเป็นเงินสดทุกปี | ☐ หักชำระจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ของสมาชิก |
| ☐ หักชำระจากเงินปันผล, เติมน้ำเงิน | ☐ หักชำระจากการเพิ่มเงินกู้ให้สมาชิก |
| ☐ โอนเงินเข้าบัญชี | ☐ อื่น ๆ..... |

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกและยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

สำหรับศูนย์ประสานงาน

ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัคร

- () เป็นผู้มีความประพฤติถูกต้องครบถ้วน
- () ได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน
- () ชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าแล้ว
- () ควรอนุมัติรับเป็นสมาชิก

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ
(.....)

ลงชื่อ.....เลขานุการ/กรรมการ/ประธานฯ
(.....)

สำหรับสมาคม

- () ควรอนุมัติรับเป็นสมาชิก
- () อื่น ๆ (ระบุ).....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ/เลขานุการ
(.....)

การอนุมัติ

- () อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสอ. เมื่อวันที่.....
- () ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....นายก/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย
(.....)



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนมุสลิมสหกรณ์ออมทรัพย์ชาวไทย(สสค.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... เลขบัตรประชาชน.....
เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... อายุ..... ปี สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....
เลขสมาชิกสหกรณ์..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... มือถือ.....
ทำงานประจำในตำแหน่ง..... สถานที่ทำงาน.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน..... ต่อ.....

1. สถานภาพ

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

2. กรณีข้าพเจ้า มีภาระหนี้คงค้างอยู่กับสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด ข้าพเจ้ายินยอมให้สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนมุสลิมสหกรณ์ออมทรัพย์ชาวไทย (สสค.) หักเงินสงเคราะห์เพื่อชำระหนี้ดังกล่าวให้แก่สหกรณ์เป็นลำดับแรก เงินที่เหลือจาก ข้อ 2 นี้ ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาจ่ายให้ ผู้รับเงินสงเคราะห์ ข้อ 3

- ➔ 3. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอมให้สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนมุสลิมสหกรณ์ออมทรัพย์ชาวไทย (สสค.) หักเงินสงเคราะห์เพื่อชำระหนี้ดังกล่าวให้แก่สหกรณ์เป็นลำดับแรกจนเสร็จสิ้นก่อนขอรับส่วนที่เหลือ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน ดังต่อไปนี้

3.1..... เกี่ยวข้องเป็น..... (ลงชื่อ)..... เบอร์โทรศัพท์.....	3.4..... เกี่ยวข้องเป็น..... (ลงชื่อ)..... เบอร์โทรศัพท์.....
3.2..... เกี่ยวข้องเป็น..... (ลงชื่อ)..... เบอร์โทรศัพท์.....	3.5..... เกี่ยวข้องเป็น..... (ลงชื่อ)..... เบอร์โทรศัพท์.....
3.3..... เกี่ยวข้องเป็น..... (ลงชื่อ)..... เบอร์โทรศัพท์.....	3.6..... เกี่ยวข้องเป็น..... (ลงชื่อ)..... เบอร์โทรศัพท์.....

โดยมอบให้ผู้รับเงินสงเคราะห์ลำดับที่.....(นาย/นาง/นางสาว.....)

เลขที่บัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....) เป็นผู้จัดการศพ

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(ลงชื่อ)พยาน

(.....)

(.....)

(ลงชื่อ)เจ้าหน้าที่ สสค.

(ลงชื่อ)ผู้มีอำนาจลงนาม สสค.

(.....)

(.....)



เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

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

 สมัครสมาชิก สสอศ. รอบสมัครเดือน.....

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพและประวัติการรักษาโรคภัยแรง เพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สสอ. ด้วยความเป็นจริง

1. มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ณ วันสมัคร
2. ไม่เป็นคนไร้ความสามารถ ร่างกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
3. ไม่มีจิตพั่นเพื่อน ไม่สมประกอบ
4. ไม่มีประวัติการรักษารโรค ต่อไปนี้

- | | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|----|-----------|
| 4.1 โรคมะเร็ง | ☐ | ไม่มี | ☐ | มี | ระบุ..... |
| 4.2 โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด | ☐ | ไม่มี | ☐ | มี | ระบุ..... |
| 4.3 โรควัณโรค | ☐ | ไม่มี | ☐ | มี | ระบุ..... |
| 4.4 โรคเบาหวาน | ☐ | ไม่มี | ☐ | มี | ระบุ..... |
| 4.5 โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV/AIDS) | ☐ | ไม่มี | ☐ | มี | ระบุ..... |
| 4.6 โรคเอสแอลอี (SLE) | ☐ | ไม่มี | ☐ | มี | ระบุ..... |
| 4.7 โรคไต | ☐ | ไม่มี | ☐ | มี | ระบุ..... |
| 4.8 โรคปอด | ☐ | ไม่มี | ☐ | มี | ระบุ..... |
| 4.9 โรคตับ | ☐ | ไม่มี | ☐ | มี | ระบุ..... |

5. โรคภัยแรงอื่น ๆ ตามที่แพทย์ระบุ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการให้ประวัติสุขภาพ และประวัติการรักษาโรคร้ายแรงดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้าทราบข้อบังคับและประกาศของสมาคมเข้าใจต้องแท้เป็นอย่างดี ถ้าถึงแก่ความตายด้วยโรคร้ายแรงตามประกาศสมาคมภายในระยะเวลา 1 ปี นับแต่วันที่ได้รับสิทธิจะไม่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์จากสมาคม หรือ เป็นโรคร้ายแรงปกปิดประวัติการรักษาโรคร้ายแรงตามประกาศสมาคมมาก่อน ณ วันสมัคร เมื่อถึงแก่ความตายในระยะเวลา 3 ปี นับแต่วันที่ได้รับสิทธิ จะไม่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์จากสมาคม ทั้งนี้ข้าพเจ้าและผู้ที่ข้าพเจ้าระบุชื่อไว้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์จะสละสิทธิ และจะไม่เรียกร้องสิทธิใด ๆ กับเงินสงเคราะห์ตามที่กล่าวมา

ข้าพเจ้ายินยอมให้สถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเปิดเผยประวัติสุขภาพและประวัติการรักษาโรคของข้าพเจ้า เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ สสอ. ในการตรวจสอบประวัติของข้าพเจ้า แม้ในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่ความตายแล้วก็ตาม ทั้งนี้เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาว่า ข้อมูลและคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้ข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงหรือไม่ และมอบหมายให้ สสอ. ขอรับข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาล ประวัติการรักษาโรค เวชระเบียน หรือข้อมูลด้านสุขภาพอื่นใดของข้าพเจ้า จากสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ โดยปราศจากเงื่อนไขใด ๆ ทั้งสิ้น

ขอรับรองว่าเป็นความสัตย์จริงทุกประการ จึ่งลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ (ผู้สมัครสมาชิก สสอค.)

ตัวบรรจง (.....)

(ผู้สมัครสมาชิก สสอศ.)

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง(.....)

พยาน(ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจุ(.....)

พยาน(เจ้าหน้าที่/กรรมการศูนย์ประสานงาน)