



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย(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 ข้าพเจ้ายินยอมให้สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสค.) หักเงินสงเคราะห์เพื่อชำระหนี้ดังกล่าวให้แก่สหกรณ์เป็นลำดับแรก เงินที่เหลือจาก ข้อ 2 นี้ ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาจ่ายให้ ผู้รับเงินสงเคราะห์ ข้อ 3

- ➡ 3. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอมให้สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (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 หรือ กระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(ลงชื่อ)พยาน

(.....)

(.....)

(ลงชื่อ)เจ้าหน้าที่ สสค.

(ลงชื่อ)ผู้มีอำนาจลงนาม สสค.

(.....)

(.....)



วันที่.....

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

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

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

สมัครสมาชิก สสอศ. รอบสมัครเดือน.....

1. มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ณ วันสมัคร

2. ไม่เป็นใครความสามารถ ร่างกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

3. ไม่มีจิตเพื่อน ไม่สมประกอบ

4. ไม่มีประวัติการรักษารอค ต่อไปนี้

4.1 โรคมะเร็ง ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

4.2 โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

4.3 โรคฉี่หนู ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

4.4 โรคเบาหวาน ☐ ไม่มี ☐ มี ระบบ.....

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 ข้าพเจ้าทราบข้อบังคับและประกาศของสมาคมเข้าใจถ่องแท้เป็นอย่างดี ถ้าถึงแก่ความตายด้วยโรคร้ายแรงตามประกาศสมาคมภายในระยะเวลา 1 ปี นับแต่วันที่ได้รับสิทธิจะไม่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์จากสมาคม หรือ เป็นโรคร้ายแรงปกปิดประวัติการรักษาโรคร้ายแรงตามประกาศสมาคมมาก่อน ณ วันสมัคร เมื่อถึงแก่ความตายในระยะเวลา 3 ปี นับแต่วันที่ได้รับสิทธิ จะไม่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์จากสมาคม ทั้งนี้ข้าพเจ้าและผู้ที่ยกชื่อข้าพเจ้าระบุชื่อไว้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์จะสละสิทธิ และจะไม่เรียกร้องสิทธิใด ๆ กับเงินสงเคราะห์ตามที่กล่าวมา

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

ขอรับรองว่าเป็นความสัตย์จริงทุกประการ จึ่งลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ (ผู้สมัครสมาชิก สสอศ.)

ตัวบรรจุ (.....)

(ผู้สมัครสมาชิก สสอศ.)

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง(.....)

พยาน(ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจุ(.....)

พยาน(เจ้าหน้าที่/กรรมการศูนย์ประสานงาน)