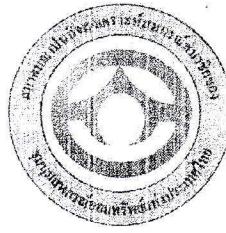


โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกช่อง

เอกสารประกอบ :

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรประจำการ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์ของรัฐบาลชั้นเริ่ง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
7. แบบรายงานสุขภาพตนเอง



สส.ชสอ. ส.1/1 (สามัญ)

สมัครผ่าน

- ศูนย์ประสานงาน
 ศูนย์ประสานงานระดับจังหวัด

เลขที่บ้านกิจ.....

รอบการสมัคร/.....

ใบสมัครสมาชิก ประกันสังคม

สมาคมภายนอกกิจสังเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เดือนที่..... เดือนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

(1) ข้อมูลสมาชิก

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. อายุ ปี เพศ ชาย หญิง

สถานภาพ โสด สมรส คู่สมรสชื่อ..... หย่า หรือ หม้าย

สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์..... เลขทะเบียนสมาชิก

(2) ข้อมูลตำแหน่งทางการเมือง

ครู สาธารณสุข พยาบาล ตำรวจ ราชการ รัฐวิสาหกิจ ประกอบการ

ตั้งกัด..... หน่วยงาน..... ตำแหน่ง.....

(3) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล (แขวง) อำเภอ (เขต) จังหวัด

รหัสไปรษณีย์

(4) ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล (แขวง) อำเภอ (เขต) จังหวัด

รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ..... E-Mail

(5) การชำระเงิน

(5.1) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก จำนวน 4,840 บาท ดังนี้

ชำระเป็นเงินสด ชำระจากการเพิ่มเงินในการถือสามัญ/ถือคุกคืน

(5.2) การชำระเงินสังเคราะห์ล่วงหน้ารายปีครึ่งต่อไป โดยให้สหกรณ์หักจาก ดังนี้

ชำระเป็นรายปี (12 月) ชำระจากเงินปัจจุบันล่วงคืน

ชำระเป็นราย 3 เดือน (4 月) ชำระจากการเพิ่มเงินในการถือสามัญ/ถือคุกคืน

ชำระเป็นราย 6 เดือน (2 月) ชำระจากการเก็บเงินล่วงหน้า จากเงินถือสามัญ

ชำระจากบัญชีโครงการฝากที่อ่าวดิติการเงินฝากในสหกรณ์สมาชิก

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจว่าดูบุรฉัตร์ของข้อมูลนี้ สมาคมภายนอกกิจสังเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมนับถือความข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่คุณย์ประสานงาน

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่า ผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. รวมทั้งได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร และชำระเงินค่าสมัคร เป็นค่าลงทะเบียนที่ล่วงหน้าครบถ้วน ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สส.ชสอ. เรื่องรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการคุณย์ประสานงาน

เรียน นายก สส.ชสอ.

ตรวจสอบแล้วรับรองว่า สมาชิกมีคุณสมบัติครบถ้วนดังต่อไปนี้

เห็นควรรับเป็นสมาชิก สส.ชสอ.

ไม่ควรรับเป็นสมาชิก สส.ชสอ. เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจเสนอ (แล้วแต่กรณี)

- เหรัญญา/เลขานุการ ศูนย์ฯ
- อุปนายก ศูนย์ฯ
- ประธานศูนย์ฯ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ สส.ชสอ.

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่า ผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าลงทะเบียนที่ล่วงหน้า ถูกต้องตามที่คุณย์ประสานงานแจ้งให้กับทาง สส.ชสอ.ทราบแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการ สส.ชสอ.

คำสั่ง อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สส.ชสอ. ตั้งแต่วันที่.....

(คราวประชุมเมื่อวันที่.....)

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- เหรัญญา/เลขานุการ สส.ชสอ.
- อุปนายก สส.ชสอ.
- นายก สส.ชสอ.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสมควรหัก
สมาคมอาปันกิจสังเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่.....
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

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

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์..... เลขทะเบียนสมาชิก.....

บัตรบัญชีบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....

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

ทำงานประจำในตำแหน่ง..... สถานที่ทำงาน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... คือ.....

2. หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขออนุญาตให้.....

บัตรประชาชน..... เก็บไว้ข้างเป็น..... เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสมควรหักที่..... สส.ชสอ. พึงจ่าย หลังจากหักเงินค่าใช้จ่ายศพให้บุคคลที่ระบุไว้
และยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์..... จัดการ หักเงินเพื่อชำระหนี้

ให้เสร็จสิ้นเท่ากับจำนวนหนึ่งสิบที่ข้าพเจ้าผูกผันอยู่ในขณะนี้เป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขออนุญาตบุคคลดังต่อไปนี้

3.1 บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์..... เก็บไว้ข้างเป็น.....

3.2 บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์..... เก็บไว้ข้างเป็น.....

3.3 บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์..... เก็บไว้ข้างเป็น.....

3.4 บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์..... เก็บไว้ข้างเป็น.....

3.5 บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์..... เก็บไว้ข้างเป็น.....

อนุญาตข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ บ้มยุ้ง หรือกระทำการใดๆ

ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ) ผู้ให้คำยินยอม (ลงชื่อ) พยาน

(ลงชื่อ) ผู้จัดการ/งานก.ศูนย์ประสานงาน (ลงชื่อ) ประธานศูนย์ประสานงาน

ถวายมือขอรับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคล(ตามข้อบังคับ ๑ หมวด ๗ ข้อ 23 และประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมฯ วิธีการจ่ายค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ ข้อ ๓) ดังต่อไปนี้

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1.1 สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา | 1.4 ผู้ช่วยครัว |
| 1.2 พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน | 1.5 อุปถัมภ์ |
| 1.3 พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน | 1.6 ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู
ถ้าไม่มีบุคคลที่สามารถช่วยเหลือไว้ในบ้าน ให้สามารถจ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 1. ตามลำดับ
ก่อนหลัง ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สามารถแบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ที่
เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลได้ให้เงินทั้งหมดเป็นของแผ่นดิน |

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ด้านสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ค้างกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อนโศบ
ขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

2.1..... (ลงชื่อ).....	เก็บวันที่ลงเป็น.....	2.4..... (ลงชื่อ).....	เก็บวันที่ลงเป็น.....
2.2..... (ลงชื่อ).....	เก็บวันที่ลงเป็น.....	2.5..... (ลงชื่อ).....	เก็บวันที่ลงเป็น.....
2.3..... (ลงชื่อ).....	เก็บวันที่ลงเป็น.....	2.6..... (ลงชื่อ).....	เก็บวันที่ลงเป็น.....



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

เลขประจำตัวประชาชน อายุ ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- 3. ไม่มีจิตพิการ ไม่สมประกอบ

4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

- | | |
|------------------------------|--|
| (4.1) โรคมะเร็ง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... |
| (4.2) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... |
| (4.3) โรควัณโรคในระยะอันตราย | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... |
| (4.4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... |
| (4.5) โรคเอดส์ | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... |
| (4.6) โรคเอสแอลเอ (SLE) | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... |
| (4.7) โรคตับแข็ง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... |
| (4.8) โรคปอดเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... |
| (4.9) ภาวะไตวาย (ล้างไต) | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... |

5. โรครายแรงอื่นๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่า บันทึกถ้อยคำดังกล่าวที่ได้ให้ไว้ ข้างต้น เป็นความสัตย์จริงทุกประการ หากบันทึกถ้อยคำที่ได้แจ้งไว้ไม่ตรงกับความเป็นจริงแล้ว ขอให้ สส.ชสอ. ตัดสิทธิให้ข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติการเป็นสมาชิกได้ตามมติคณะกรรมการ สส.ชสอ. ข้าพเจ้าและผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิและใช้สิทธิใดๆ ในการที่ได้รับเงินสงเคราะห์ตามที่กำหนด เมื่อข้าพเจ้าได้เสียชีวิตตามข้อ (4.1)-(4.9) ทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบเงื่อนไขและข้อกำหนดแล้วว่าภายใน 1 ปีนับแต่ที่ สส.ชสอ. มีมติรับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว หากข้าพเจ้าเสียชีวิตไปก่อนครบกำหนด 1 ปี ทาง สส.ชสอ. จะไม่จ่ายเงินสงเคราะห์ให้ผู้รับเงินสงเคราะห์

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า และข้อมูลอ่อนไหวให้ สส.ชสอ. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ขอรับรองว่าเป็นความสัตย์จริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ

ตัวบรรจง (.....)

(ผู้สมัครสมาชิก สส.ชสอ.)

ลงชื่อ

ลงชื่อ

ตัวบรรจง (.....)

ตัวบรรจง (.....)

พยาน (เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน)

พยาน (ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)