



แบบตรวจสอบหลักฐานชุดใบสมัคร สส.ชสอ. (ประเภทสามัญ) : อายุไม่เกิน 60 ปี

ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด รหัส.....พื้นที่.....  
 ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร.....เลขบัตรประชาชน.....  
 วัน/เดือน/ปี เกิด.....อายุ.....ปี วันที่สมัคร.....  
 เลขมาปนกิจ.....รอบสมัคร.....วันที่เริ่มเป็นสมาชิก.....

**เอกสารหลักฐานการสมัคร สส.ชสอ. ดังนี้**

- ☐ 1. ใบสมัครสมาชิก : สส.ชสอ.ส.1/1 (สามัญพิเศษ)
- ☐ 2. สำหรับเจ้าหน้าที่ กรรมการ ศูนย์ประสานงาน และสมาคม : สส.ชสอ.ส.1/2 (สามัญพิเศษ)
- ☐ 3. หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ : สส.ชสอ.ส.2/1 (สามัญพิเศษ)
- ☐ 4. ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้ : สส.ชสอ.ส.2/2 (สามัญพิเศษ)
- ☐ 5. สำเนาบัตรประชาชน หรือ บัตรข้าราชการของผู้สมัคร
- ☐ 6. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร
- ☐ 7. ใบรับรองแพทย์ออกโดยโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลของรัฐฉบับจริง (อายุไม่เกิน 30 วัน นับถึงวันที่สมัคร)
- ☐ 8. แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง : สส.ชสอ.ส.5 (1 พ.ค.69)
- ☐ 9. สำเนาบัตรประชาชน หรือ บัตรข้าราชการของผู้รับเงินสงเคราะห์ จำนวน.....คน
- ☐ 10. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับเงินสงเคราะห์ จำนวน.....คน
- ☐ 11. รูปถ่ายผู้สมัครแบบเต็มตัว ในวันที่ยื่นสมัคร ณ ศูนย์ประสานงาน ตามแบบฟอร์มที่สมาคมกำหนด
- ☐ 12. หลักฐานการเป็นสมาชิกประเภทสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด หรือ สส.สท. สส.สก.
- ☐ 13. สำเนาใบสำคัญแสดงการจดทะเบียนสมรส (กรณีคู่สมรสเป็นผู้รับเงินสงเคราะห์) (ถ้ามี)
- ☐ 14. สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยน ชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
- ☐ 15. สำเนาหนังสือรับรองบุตรบุญธรรม (ถ้ามี)
- ☐ 16. เอกสารหลักฐานอื่นๆ

| เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน                                                                                                                                | ผู้พิจารณาคุณสมบัติ                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| เอกสารหลักฐาน <input type="checkbox"/> ครบถ้วน <input type="checkbox"/> ไม่ครบ<br>อื่นๆ.....<br><br>(.....)<br>ผู้ตรวจสอบเอกสาร<br>..... / ..... / ..... | เอกสารหลักฐาน <input type="checkbox"/> ครบถ้วน <input type="checkbox"/> ไม่ครบ<br>อื่นๆ.....<br><br>(.....)<br>ประธาน,รองประธาน/เหรัญญิก,เลขานุการ/ผู้จัดการ<br>..... / ..... / ..... |



|                       |                            |
|-----------------------|----------------------------|
| สมัครด้วยตนเองผ่าน    |                            |
| <input type="radio"/> | ศูนย์ประสานงาน             |
| <input type="radio"/> | ศูนย์ประสานงานประจำจังหวัด |

|                        |
|------------------------|
| สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม |
| เลขอาปนกิจ.....        |
| รพสมัคคี...../.....    |

สมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สภกรณสมาชิกของชุมนุมสภกรณออมทรัพยแห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/..... วัน/เดือน/ปี เกิด..... อายุ..... ปี  
เลขประจำตัวประชาชน  เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง  
สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส คู่สมรสชื่อ..... ☐ หย่า หรือ หม้าย  
เป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก.....  
โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

☐ ครู ☐ สาธารณสุข ☐ ทหาร ☐ ตำรวจ ☐ ราชการ ☐ รัฐวิสาหกิจ ☐ ประกอบการ

สังกัด.....หน่วยงาน.....ดำรงตำแหน่ง.....

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ชื่อหมู่บ้าน/คอนโด/อื่นๆ.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

☐ ขำระเป็นเงินสด ☐ ขำระจากการเพิ่มเงินในการก้ำสามัญ/ก้ำฉกฉิน

☐ ชำระจากเงินปันผล, หนี้ยืม  
☐ ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน  
☐ ชำระจากการเก็บเงินล่วงหน้าจากเงินกู้สามัญ

☐ ชำระจากบัญชีโครงการฝากเพื่อสวัสดิการ/เงินฝากในสหกรณ์สมาชิก  
☐ ชำระเป็นเงินสด  
☐ อื่นๆ \_\_\_\_\_

**\*\* ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภากาชาดไทยของชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย(สส.ชสอ.) แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกและยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศของสมาคม รวมไปถึงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลตามกฎหมายข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินการของสมาคมเท่านั้น \*\***

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร  
(.....)

## สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....เป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. รวมทั้งได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร และชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าบำรุง, เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า และเงินสมทบเข้า “กองทุนเพื่อความมั่นคง สส.ชสอ.” ครบถ้วน ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สส.ชสอ. เรื่อง การรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. หรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....

## สำหรับคณะกรรมการศูนย์ประสานงาน

เรียน นายก สส.ชสอ.

ตรวจสอบแล้วรับรองว่า สมาชิกมีคุณสมบัติครบถูกต้อง

☐ เห็นควรรับเป็นสมาชิก สส.ชสอ.

☐ ไม่ควรรับเป็นสมาชิก สส.ชสอ. เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจเสนอ (แล้วแต่กรณี)

☐ ผู้จัดการ

☐ เหนรัญญิก/เลขานุการ ศูนย์ฯ

☐ ประธาน/รองประธาน ศูนย์ฯ

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....

## สำหรับเจ้าหน้าที่ สส.ชสอ.

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร, เงินค่าบำรุง, เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า และเงินสมทบเข้า “กองทุนเพื่อความมั่นคง สส.ชสอ.” ครบถ้วน ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สส.ชสอ. เรื่อง การรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. หรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....

## สำหรับคณะกรรมการ สส.ชสอ.

คำสั่ง ☐ อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สส.ชสอ. ตั้งแต่วันที่.....  
(คณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่.....คราวประชุมครั้งที่.....เมื่อวันที่.....)

☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจเสนอ (แล้วแต่กรณี)

☐ กรรมการ สส.ชสอ.

☐ อุปนายก สส.ชสอ.

☐ นายก สส.ชสอ.

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์  
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

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

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก.....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

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

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

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

2. หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิให้.....

เลขประจำตัวประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สส.ชสอ. พึงจ่าย หลังจากหักเงินค่าจัดการศพให้บุคคลที่ระบุไว้และ

ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ให้เสร็จสิ้น

เท่ากับจำนวนหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้

3.1 .....เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....

3.2 .....เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....

3.3 .....เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....

3.4 .....เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....

3.5 .....เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ  
ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร (ลงชื่อ).....พยาน

(ลงชื่อ).....ผู้จัดการ/เจ้าหน้าที่ ศูนย์ประสานงาน

(ลงชื่อ).....ประธาน/รองประธาน/กรรมการ ศูนย์ประสานงาน

**ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้**

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคล (ตามข้อบังคับสมาคม หมวด 7 ข้อ 23 และประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง วิธีการจ่ายเงินค่าจัดการศพ หรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัวฯ ข้อ 3) ดังต่อไปนี้

1.1 สามี ภริยา คู่สมรส บุตร บิดา มารดา

1.4 ปู่ ย่า ตา ยาย

1.2 พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน

1.5 หลุ่ ป้า น้า อา

1.3 พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน

1.6 ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู

ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมจ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 1.1-1.6 ตามลำดับก่อนหลัง ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมแบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัวที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน กรณี ไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อนโดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

|                                                   |                                                   |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 2.1 ลงชื่อ.....<br>(.....)<br>เกี่ยวข้องเป็น..... | 2.4 ลงชื่อ.....<br>(.....)<br>เกี่ยวข้องเป็น..... |
| 2.2 ลงชื่อ.....<br>(.....)<br>เกี่ยวข้องเป็น..... | 2.5 ลงชื่อ.....<br>(.....)<br>เกี่ยวข้องเป็น..... |
| 2.3 ลงชื่อ.....<br>(.....)<br>เกี่ยวข้องเป็น..... | 2.6 ลงชื่อ.....<br>(.....)<br>เกี่ยวข้องเป็น..... |

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ณ วันที่.....



## แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภากาชาดสมาชิกของชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน - อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. ดังนี้

- ☐ 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- ☐ 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- ☐ 3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน 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) โรคหัวใจในระยยะอันตราย | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ.....                           |
| (4.4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง   | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุค่าน้ำตาล.....mg%./Hba1c =..... |
| (4.5) โรคเอดส์               | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ.....                           |
| (4.6) โรคเอสแอลอี (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              | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ.....                           |

## 5. โรคภัยแรงอื่นๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่า บันทึกถ้อยคำดังกล่าวที่ได้ให้ไว้ข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ ในการนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบเงื่อนไขและข้อกำหนดแล้วว่าภายใน 1 ปีนับแต่ที่ สส.ชสอ. มีมติรับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตายก่อนครบกำหนดระยะเวลาดังกล่าว ทาง สส.ชสอ. จะไม่จ่ายเงินสงเคราะห์ให้ผู้รับเงินสงเคราะห์ กล่าวคือ หากปรากฏในภายหลังว่าถ้อยคำข้อความหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าได้แจ้งไว้ไม่ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้ สส.ชสอ. ดำเนินการพิจารณาให้ข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติการเป็นสมาชิกได้ตามมติของคณะกรรมการ สส.ชสอ.โดยไม่มีเงื่อนไขใดๆ ทั้งนี้ข้าพเจ้าและผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าตกลงสละสิทธิและจะไม่เรียกร้องสิทธิใดๆ อันเกี่ยวข้องกับเงินสงเคราะห์ตามที่กำหนดไว้ เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ทั้งนี้ให้เป็นไปตามประกาศของสมาคม ที่ 15/2569 เรื่อง การกำหนดโรคร้ายแรงที่ไม่รับเป็นสมาชิก สส.ชสอ. ลงวันที่ 30 มีนาคม 2569 และตามแบบคำรับรองสุขภาพตนเอง ตามข้อ (4.1)-(4.9) ทั้งสิ้น

ข้าพเจ้ายินยอมให้สถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ สส.ชสอ. ในการตรวจสอบประวัติของข้าพเจ้า แม้ในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่ความตายแล้วก็ตาม ทั้งนี้เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาว่า ข้อมูลและคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้ข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงหรือไม่ และมอบหมายให้ สส.ชสอ. ขอรับข้อมูลประวัติการรักษายาบาล เวชระเบียน หรือข้อมูลด้านสุขภาพอื่นใดของข้าพเจ้า จากสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ โดยปราศจากเงื่อนไขใด ๆ ทั้งสิ้น

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง (.....)

(ผู้สมัครสมาชิก สส.ชสอ.)

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง (.....)

พยาน (เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน)

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง (.....)

พยาน (ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)



ใบแสดงความจำนงบริจาคเงินสมทบเข้า “กองทุนเพื่อความมั่นคง สส.ชสอ.”

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... เลขทะเบียนสมาชิก.....  
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด วัน/เดือน/ปี เกิด.....  
อายุ..... ปี อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์มือถือ.....  
มีความประสงค์ขอบริจาคเงินสมทบเข้า “กองทุนเพื่อความมั่นคง สส.ชสอ.” เพื่อใช้ตามวัตถุประสงค์ของกองทุน  
เป็นเงิน จำนวน..... บาท (.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการแสดงเจตนารมณ์บริจาคเงินจำนวนดังกล่าวข้างต้น สมทบเข้า “กองทุนเพื่อความ  
มั่นคง สส.ชสอ.” ในวันเดียวกับที่ข้าพเจ้าสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมเป็นไปด้วยความสมัครใจ โดยไม่มีผู้ใด  
บังคับขู่脅ด้วยประการใดทั้งสิ้น

ทั้งนี้ เมื่อสมาคมได้อนุมัติข้าพเจ้าเป็นสมาชิกสมาคมแล้ว ข้าพเจ้าขอให้สมาคมหักเงินตามจำนวนที่  
ข้าพเจ้าได้แสดงเจตนารมณ์บริจาดังกล่าวข้างต้นจากเงินสงเคราะห์ภายหลังจากที่ข้าพเจ้าถึงแก่ความตายแล้ว  
ในการนี้ทายาทผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าได้รับทราบเจตนารมณ์ของข้าพเจ้า และได้ลงชื่อยินยอม  
ให้สมาคมหักเงินบริจาดังกล่าว พร้อมนี้สมาคมได้ออกหลักฐานใบรอเรียกเก็บไว้ให้ด้วยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ณ วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับเงินสงเคราะห์  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงินสงเคราะห์  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงินสงเคราะห์  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงินสงเคราะห์  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงินสงเคราะห์  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงินสงเคราะห์  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)



- ☐ สิ้นสุดสมาชิก
- ☐ ขอความเป็นธรรม
- ☐ เปลี่ยนแปลงผู้รับเงินสงเคราะห์

## รูปถ่าย ณ วันยื่นเอกสาร

วันที่ยื่นเอกสาร.....

ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด

ชื่อ-นามสกุล.....เลขสมาชิกสหกรณ์.....เลขฌาปนกิจ.....

เบอร์ติดต่อ.....

แนบรูปถ่ายผู้สมัครแบบเต็มตัว  
ในวันที่สมัคร ณ ศูนย์ประสานงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยื่นเอกสาร

...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

...../...../.....