



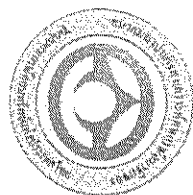
แบบตรวจสอบหลักฐานชุดใบสมัคร สส.ชสอ. (รายบุคคล)

สภากรม์ออมทรัพย์.....รหัส.....พื้นที่.....  
 ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร..... เลขบัตรประชาชน.....  
 วัน/เดือน/ปี เกิด.....อายุ.....ปี วันที่สมัคร.....  
 เลขมาบกิจ.....รอบสมัคร.....วันที่เริ่มเป็นสมาชิก.....

เอกสารหลักฐานการสมัคร สส.ชสอ. ดังนี้

- 1. ใบสมัครสมาชิก : สส.ชสอ.ส.1/1
- 2. สำหรับเจ้าหน้าที่ กรรมการ ศูนย์ประสานงานและสมาคม : สส.ชสอ.ส.1/2
- 3. หนังสือให้คำยินยอมใบการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ : สส.ชสอ.ส.1/3
- 4. ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ว่าเป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้ : สส.ชสอ.ส.1/4
- 5. แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง : สส.ชสอ.ส.5 (30 ก.ย.63)
- 6. รูปถ่าย ณ วันยื่นเอกสาร ตามแบบฟอร์มที่สมาคมกำหนด
- 7. สำเนาบัตรประชาชน หรือ บัตรข้าราชการของผู้สมัคร
- 8. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร
- 9. สำเนาบัตรประชาชน หรือ บัตรข้าราชการของผู้รับเงินสงเคราะห์ จำนวน.....คน
- 10. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับเงินสงเคราะห์ จำนวน.....คน
- 11. ใบรับรองแพทย์ออกโดยโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลของรัฐฉบับจริง (อายุไม่เกิน 30 วัน นับถึงวันที่สมัคร)
- 12. หลักฐานการเป็นสมาชิกประเภทสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด
- 13. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- 14. เอกสารหลักฐานอื่นๆ.....

เจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ ผู้ตรวจสอบ		คณะกรรมการศูนย์ฯ ผู้พิจารณา	
เอกสารหลักฐาน <input type="checkbox"/> ครบถ้วน <input type="checkbox"/> ไม่ครบ อื่นๆ..... (.....) ตำแหน่ง..... ผู้ตรวจสอบเอกสาร ...../...../.....	เอกสารหลักฐาน <input type="checkbox"/> ครบถ้วน <input type="checkbox"/> ไม่ครบ อื่นๆ..... (.....) ตำแหน่ง..... ผู้พิจารณาคุณสมบัติ ...../...../.....		



- ผู้สมัครสมาชิก
- ขอบความเป็นธรรม
- เปลี่ยนแปลงผู้รับแจ้งสงเคราะห์

รูปถ่าย ณ วันยื่นเอกสาร

วันยื่นเอกสาร.....

ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกััด

ชื่อ-นามสกุล..... เลขสมาชิกสหกรณ์..... เลขभाปเบกจิ.....

เบอร์ติดต่อ.....

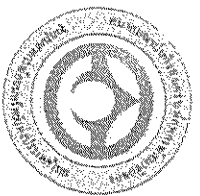
แบบรูปถ่ายผู้สมัครแบบเต็มตัว  
ในวงกลมผู้สมัคร ณ ศูนย์ประสานงาน

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

ผู้ยื่นเอกสาร

เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกชื่อของคุณให้ครบทุกช่อง
แยกตัวประกอบ :
<input type="radio"/> 1. ตำแหน่งว่างราชการหรือข้าราชการผู้สมัคร <input type="radio"/> 2. ส่วนราชการเดิมเป็นข้าราชการ <input type="radio"/> 3. ได้รับรองแต่งตั้งอยู่ตราบเท่าที่อายุไม่เกิน 30 วัน <input type="radio"/> 4. เกษียณแล้วหรือเกษียณแล้ว <input type="radio"/> 5. ตำแหน่งว่างราชการและเคยเป็นข้าราชการ <input type="radio"/> 6. ข้าราชการ ก. หรือ ข. <input type="radio"/> 7. ได้รับรองแต่งตั้งโดยมติของ สอ. <input type="radio"/> 8. ส่วนราชการเดิม สอ. (เดิม) <input type="radio"/> 9. ในสังกัดต่างเดิม ก. หรือ ข. (เดิม)



สมัครผ่าน
<input type="radio"/> คู่สมรส <input type="radio"/> คู่สมรสว่างระดับจังหวัด
ตำแหน่งเจ้าหน้าที่สมาคม
เลขหมายบัญชี...../.....
รอนสมัคร...../.....

## ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ

สมาคมสถาปนากิจสังคมสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

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

(1) ข้อมูลสมาชิก :

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

เลขประจำตัวประชาชน                      พศ  ขย  พญ  พญ  พยา หรือ หม้าย

สถานภาพ  โสด  สมรส คู่สมรสชื่อ.....

เป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์..... เลขทะเบียนสมาชิก.....

โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์ทำงาน..... Email.....

(2) ภูมิหลังของสมาชิกปัจจุบันถึงอดีต :

ครู  ศึกษารณสุข  ทหาร  ตำรวจ  ราชการ  รัฐวิสาหกิจ  ประกอบกิจการ

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

(3) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน :

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

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

(4) ที่อยู่ปัจจุบันที่สมาชิกติดต่อได้ :

ชื่อหมู่บ้าน/คอนโด/อื่นๆ..... บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

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

(5) การชำระเงิน

(5.1) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก จำนวน 4,840 บาท ดังนี้

ชำระเป็นเงินสด  ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้ยืม/ถูกถอน

(5.2) การชำระเงินสงเคราะห์ส่งหม่ารายปีครั้งต่อไป โดยให้สหกรณ์หัก ดังนี้

ชำระเป็นรายเดือน (12 งวด)  ชำระจากเงินบำนาญ/เกษียณ

ชำระเป็นราย 3 เดือน (4 งวด)  ชำระจากการหักเงินในบัญชีออม

ชำระเป็นราย 6 เดือน (2 งวด)  ชำระจากการเก็บเงินส่งหม่า จากเงินกู้ยืม

ชำระจากบัญชีโครงการฝากเพื่อสวัสดิการ/เงินฝากในสหกรณ์สมาชิก

\*\* ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมสถาปนากิจสังคมสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ และเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ \*\*

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร  
(.....)

### สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว..... เป็นผู้คุณสมบัติ  
ในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. รวมทั้งได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร และชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าบำรุง และ  
เงินค่าสรรหาส่วนหน้าครบถ้วน ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สส.ชสอ. เรื่อง การรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. หรือ  
การรับสมัครกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....

### สำหรับคณะกรรมการศูนย์ประสานงาน

เรียน นายภก สส.ชสอ.

ตรวจสอบแล้วรับรองว่า สมาชิกมีคุณสมบัติครบถูกต้อง

- เห็นควรรับเป็นสมาชิก สส.ชสอ.  
 ไม่ควรรับเป็นสมาชิก สส.ชสอ. เนื่องจาก.....

ผู้ส่งใบขออนุญาต (แล้วแต่กรณี) <input type="radio"/> เภสัชกร/พยาบาล ศูนย์ฯ <input type="radio"/> ช่างเทคนิค ศูนย์ฯ <input type="radio"/> ประธาน ศูนย์ฯ	ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง.....
---	--

### สำหรับเจ้าหน้าที่ สส.ชสอ.

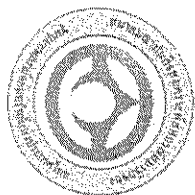
ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. และได้แนบหลักฐานประกอบการ  
สมัครครบถ้วน พร้อมทั้งชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าบำรุง และเงินค่าสรรหาส่วนหน้าครบถ้วน ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ  
สส.ชสอ. เรื่อง การรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. หรือการรับสมัครกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....

### สำหรับคณะกรรมการ สส.ชสอ.

- คำสั่ง  ออนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สส.ชสอ. ตั้งแต่วันที่..... คราวประชุมครั้งที่..... เมื่อวันที่.....  
(คณะกรรมการ.....)  
 ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจเสนอ (แล้วแต่กรณี) <input type="radio"/> กรรมการ สส.ชสอ. <input type="radio"/> ช่างเทคนิค สส.ชสอ. <input type="radio"/> นายภก สส.ชสอ.	ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง.....
--	--



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์

สมาคมอภานกิจสงเคราะห์สหวิชาชีพของชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

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

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

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์..... หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....เขต.....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... โทรศัพท์..... ตำบล.....อำเภอ.....

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

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

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

2. หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิให้.....

เลขประจำตัวประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น..... เป็นผู้จัดการของข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สส.ชสอ. พึงจ่าย หลังจากหักเงินค่าจัดการศพให้บุคคลที่ระบุไว้และ

ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ให้เสร็จสิ้น

เท่ากับจำนวนหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้

3.1 ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์..... เกี่ยวข้องเป็น..... เลขประจำตัวประชาชน.....

3.2 ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์..... เกี่ยวข้องเป็น..... เลขประจำตัวประชาชน.....

3.3 ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์..... เกี่ยวข้องเป็น..... เลขประจำตัวประชาชน.....

3.4 ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์..... เลขประจำตัวประชาชน.....

3.5 ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์..... เกี่ยวข้องเป็น..... เลขประจำตัวประชาชน.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้บังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้คำยินยอม (ลงชื่อ)..... พยาน

(ลงชื่อ)..... ผู้จัดการ/จนท.ศูนย์ฯ (ลงชื่อ)..... ประธานศูนย์ฯ

**ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้**

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์และผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคล (ตามข้อบังคับสมาคม หมวด 7 ข้อ 23 และประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมฯ เรื่องวิธีการจ่ายเงินจัดการศพหรือศพจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัวฯ ข้อ 3) ดังต่อไปนี้

1.1 สมาชิก บุตร บิดา มารดา

1.4 ปู่ ย่า ตา ยาย

1.2 พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน

1.5 ลูก ป้า น้า อา

1.3 พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน

1.6 ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อุปการะเลี้ยงดู

ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯจ่ายเงินตั้งรกรากให้แก่บุคคลใน ข้อ 1 ตามลำดับ

ก่อนหลัง ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯ แบ่งเงินค่าใช้จ่ายจัดการศพหรือค่าใช้จ่ายการศพและสงเคราะห์ครอบครัวที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในลำดับที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์คืนสิ่งหักเงินเพื่อชำระหนี้ตั้งแต่วันเสร็จสิ้นก่อนโดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร  
 (.....)  
 ณ วันที่.....



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

สมาคมพยาบาลส่งเสริมการศึกษาระดับมัธยมศึกษาของชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน  อาศัย..... ปี

ข้าพเจ้าขอใบประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- 2. ไม่เป็นผู้มีภาวะสุขภาพ จมไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- 3. ไม่มีจิตพึมพำ ไม่สงบประกอบ

4. ประวัติการฉีดวัคซีน

- (4.1) โรคมาเร็ง  ไม่มี  มี ระบุ.....
- (4.2) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด  ไม่มี  มี ระบุ.....
- (4.3) โรคอ้วนโรคเบาหวานระยะอันตราย  ไม่มี  มี ระบุ.....
- (4.4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง  ไม่มี  มี ระบุ.....
- (4.5) โรคเอดส์  ไม่มี  มี ระบุ.....
- (4.6) โรคเอสแอลอี (SLE)  ไม่มี  มี ระบุ.....
- (4.7) โรคตับแข็ง  ไม่มี  มี ระบุ.....
- (4.8) โรคปอดเรื้อรัง  ไม่มี  มี ระบุ.....
- (4.9) ภาวะไตวาย (ล้างไต)  ไม่มี  มี ระบุ.....

5. โรคภัยแรงอื่นๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่า บันทึกโดยคำดังกล่าวที่ได้ให้ไว้ข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ หากบันทึกโดยคำที่ได้แจ้งไว้ไม่ตรงกับความเป็นจริงแล้ว ขอให้ สส.ชสอ. ตัดสิทธิ์ให้ข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติและใช้สิทธิ์ใดๆ ในวาระที่ตามมติคณะกรรมการ สส.ชสอ. ข้าพเจ้าและผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิและใช้สิทธิ์ใดๆ ในวาระที่ได้รับเงินสงเคราะห์ตามที่กำหนด เมื่อข้าพเจ้าได้เสียชีวิตตามข้อ (4.1)-(4.9) ทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบเงื่อนไขและข้อกำหนดแล้วว่าภายใน 1 ปีนับแต่ที่ สส.ชสอ. มีมติรับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว หากข้าพเจ้าเสียชีวิตไปก่อนครบกำหนด 1 ปี ทาง สส.ชสอ. จะไม่จ่ายเงินสงเคราะห์ให้ผู้รับเงินสงเคราะห์ข้าพเจ้าที่ยังมีชีวิตอยู่แต่เพียงประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า และขอมอบอำนาจให้ สส.ชสอ. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....  
ตัวบรรจง (.....)

(ผู้สมัครสมาชิก สส.ชสอ.)

ลงชื่อ.....  
ตัวบรรจง (.....)

พยาน (เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน) พยาน (ผู้สมัครรับเงินสงเคราะห์)