



ประกาศสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด
เรื่อง เปิดรับสมัครสมาชิกสามัญและสมทบ (วาระพิเศษ) อายุไม่เกิน 75 ปี

ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินกิจการสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด (สม.สอ.สธ.ขก) ชุดที่ 6 ครั้งที่ 5/2566 เมื่อวันที่ 7 กันยายน 2566 เห็นชอบให้เปิดรับสมัครสมาชิก สม.สอ.สธ.ขก. วาระพิเศษ ประเภทสามัญอายุไม่เกิน 75 ปี และประเภทสมทบ (บิดามารดา คู่สมรส และบุตร) อายุไม่เกิน 70 ปี ตั้งแต่วันที่ 25 กันยายน 2566 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2566 โดยอาศัยอำนาจตามข้อบังคับสมาคมฯ พ.ศ. 2565 หมวด 4 ข้อ 10 วรรคสอง ซึ่งมีเงื่อนไขและคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. เป็นสมาชิกสามัญ หรือสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด
2. ผู้สมัครสมาชิกสามัญและสมทบ ต้องมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ณ วันที่สมัคร และไม่มีโรคต้องห้ามตามระเบียบว่าด้วยการตรวจสุขภาพและโรคต้องห้าม พ.ศ. 2565 ดังนี้
 - โรคหัวใจทุกชนิด
 - โรคหัวใจในระยะอันตราย
 - โรคมะเร็งทุกชนิดทุกระยะ
 - โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง(โรคเอดส์)
 - โรคตับ
3. สมาชิกสามัญต้องมีอายุไม่เกิน 75 ปี (พ.ศ. 2491)
4. สมาชิกสมทบต้องมีอายุไม่เกิน 70 ปี (พ.ศ. 2496)
5. ผู้สมัครทุกรายต้องชำระค่าสมัคร, เงินค่าบำรุง, เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามที่สมาคมฯกำหนด
6. ผู้สมัครสมาชิกสามัญและสมทบที่มีอายุไม่เกิน 60 ปี มีระยะเวลาเวลารอคอย 180 วัน ตามข้อบังคับฯ
7. กรณีผู้สมัครเป็นสมาชิกสามัญหรือสมทบที่มีอายุตั้งแต่ 61-70 ปี (นับตามปี พ.ศ.) ต้องชำระเงินบริจาคเพิ่ม จำนวน 5,000.- บาท ด้วยความสมัครใจครบถ้วน ณ วันที่สมัคร และมีระยะเวลาเวลารอคอย 180 วัน ตามข้อบังคับฯ
8. กรณีผู้สมัครเป็นสมาชิกสามัญที่มีอายุตั้งแต่ 71-75 ปี (นับตามปี พ.ศ.) ต้องชำระเงินบริจาคเพิ่มจำนวน 7,500.- บาท ด้วยความสมัครใจครบถ้วน ณ วันที่สมัคร และมีระยะเวลาเวลารอคอย 365 วัน ณ วันที่คณะกรรมการมีมติให้เข้าเป็นสมาชิก
9. ผู้สมัครต้องกรอกแบบฟอร์มการสมัครตามที่สมาคมฯกำหนด “ชุดสมัครวาระพิเศษ” เท่านั้น
10. กำหนดการเปิดรับสมัครวาระพิเศษ ตั้งแต่วันที่ 25 กันยายน 2566 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2566

ขั้นตอนการรับสมัครสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด สณ.สอ.สธ.ขก. (วาระพิเศษ) มีดังนี้

1.) เอกสารหลักฐานการสมัคร

- ชุดใบสมัคร “วาระพิเศษ”
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- สำเนาใบเปลี่ยนชื่อเปลี่ยนสกุล (ถ้ามี)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้จัดการศพ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้รับเงินสงเคราะห์

2.) ขั้นตอนการสมัคร

- 2.1) ยื่นชุดสมัคร “วาระพิเศษ” พร้อมหลักฐานการสมัครด้วยตนเอง โดยขอแบบฟอร์มใบสมัครได้ที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด หรือดาวน์โหลดที่ www.kphcoop.com
- 2.2) ชำระเงินค่าสมัคร, เงินค่าบำรุง, เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า และเงินบริจาค ด้วยความสมัครใจครบถ้วน ตามอัตราที่สมาคมฯ กำหนด ดังนี้

เงื่อนไขการสมัคร/อัตราชำระ	ค่าสมัคร (บาท)	เงินค่าบำรุง (บาท)	เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า (บาท)	เงินบริจาค (บาท)	รวมที่ต้องชำระ (บาท)
ผู้สมัครสมาชิกสามัญและสมทบ อายุไม่เกิน 60 ปี (นับปี พ.ศ.)	50.-	50.-	400.-	-	500.-
ผู้สมัครสมาชิกสามัญและสมทบ อายุตั้งแต่ 61-70 ปี (นับปี พ.ศ.)	50.-	50.-	400.-	5,000.-	5,500.-
ผู้สมัครสมาชิกสามัญ อายุตั้งแต่ 71-75 ปี (นับปี พ.ศ.)	50.-	50.-	400.-	7,500.-	8,000.-

3.) รายละเอียดการดำเนินการรับสมัคร

- 3.1) รับสมัครสมาชิก รับเงินค่าสมัคร เงินค่าบำรุง เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า และเงินบริจาคเพิ่มเติม พร้อมตรวจสอบเอกสารหลักฐาน และตรวจสอบคุณสมบัติผู้สมัคร
- 3.2) บันทึกข้อมูลผู้สมัครรายบุคคลเข้าโปรแกรมฌาปนกิจสงเคราะห์
- 3.3) นำฝากเงินค่าสมัคร เงินค่าบำรุง เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า และเงินบริจาคเข้าบัญชีออมทรัพย์สมาคมฯ
- 3.4) นำรายชื่อผู้สมัครในรอบเดือน เข้าที่ประชุมคณะกรรมการประจำเดือน เพื่ออนุมัติสมาชิกใหม่
- 3.5) ประกาศรายชื่ออนุมัติให้เป็นสมาชิก และให้มีสิทธิและหน้าที่ตามข้อบังคับฯ หมวด 6 ข้อ 20 และ 21 ทาง www.kphcoop.com ข่าวประชาสัมพันธ์

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 25 กันยายน 2566

(นายพุทธา ศรีเกิน)

อุปนายกสมาคมรักษาการแทน
นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด

เอกสารประกอบ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชน และ สำเนาทะเบียนบ้าน
- ๒. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- ๓. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
- ๔. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
- ๕. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้จัดการศพ



ส.ส.อ.ส.ช.ก. ๑

วันที่รับสมัคร.....เลขที่.....

ใบสมัครสมาชิก (วาระพิเศษ)

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

-คุณสมบัติน้อง
-เอกสารหลักฐาน
-ชำระเงินค่าสมัคร
- ลงวันที่.....
- อื่น ๆ.....

(ลงชื่อ).....
(.....)

เรียน คณะกรรมการ
เพื่อพิจารณาอนุมัติ

คณะกรรมการฯ

.....อนุมัติ

.....ไม่อนุมัติ

(ลงชื่อ).....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ

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

เป็นสมาชิกสมบูรณ์

วันที่.....

เรียน นายกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด

ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่.....อายุ.....ปี

สัญชาติ.....เลขประจำตัวประชาชน.....สถานภาพ.....

ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

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

โทรศัพท์.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์(E-mail).....

() เป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด เลขที่สมาชิก.....

() เป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด เลขที่สมาชิก.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด

• ข้าพเจ้าขอรับรองว่าปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ และคำสั่งของสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด (ส.ส.อ.ส.ช.ก.) ทุกประการ

• ข้าพเจ้าขอระบุชื่อผู้จัดการศพและหรือผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ดังต่อไปนี้

๑.ชื่อผู้จัดการศพ.....เกี่ยวข้องเป็น.....(๑๐%)

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

๒.ชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

๒.๑.....เกี่ยวข้องเป็น.....สัดส่วน.....%

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

๒.๒.....เกี่ยวข้องเป็น.....สัดส่วน.....%

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

๒.๓.....เกี่ยวข้องเป็น.....สัดส่วน.....%

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

๒.๔.....เกี่ยวข้องเป็น.....สัดส่วน.....%

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินเดือนหักเงินชำระเงินสงเคราะห์หรือเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าโดยชำระรายเดือนตามที่สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด (ส.ส.อ.ส.ช.ก.) เรียกเก็บ

• ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้ได้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับข่มขู่ หรือกระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือฉบับนี้

ลงชื่อ.....ผู้ขอสมัคร ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา

(.....)

(.....)



ใบรับรองแพทย์
(จากสถานพยาบาลของรัฐ)

ส่วนที่ ๑ ของผู้ขอใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

สถานที่อยู่(สามารถติดต่อได้).....

..... โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีประวัติเกี่ยวกับการตรวจรักษาโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล

๑. โรคหัวใจทุกชนิด () ไม่มี () มี (ระบุ).....
๒. โรคหัวใจในระยยะอันตราย () ไม่มี () มี (ระบุ).....
๓. โรคมะเร็งทุกชนิดทุกระยะ () ไม่มี () มี (ระบุ).....
๔. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง(โรคเอดส์) () ไม่มี () มี (ระบุ).....
๕. โรคตับ () ไม่มี () มี (ระบุ).....

หมายเหตุ ๑. ข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า โดยให้สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด ขอประวัติการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

๒. หากข้าพเจ้าละเว้นไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้ข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติจากการ เป็นสมาชิกทันที

๓. ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ในการสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น จำกัด เท่านั้น

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง(.....) ผู้ขอใบรับรองแพทย์

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ส่วนที่ ๒ สำหรับแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

๑. ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว อายุ.....ปี

มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนัก..... กก. ความสูง..... เซนติเมตร ความดันโลหิต..... มม./ปรอท ชีพจร..... ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....

๒.สรุปความเห็นและคำแนะนำของแพทย์ ดังนี้.....

ตราประทับ

สถานพยาบาลของรัฐ

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง(.....) แพทย์ผู้ตรวจ

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

หมายเหตุ : ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ภายใน 30 วันนับแต่ตรวจร่างกาย

