

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

สส.สท. 1/1 (สามัญ)

เอกสารประกอบ :

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยน ชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์ของรัฐฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
7. แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง



สมัครผ่าน

- ศูนย์ประสานงาน
- ศูนย์จังหวัด

เลขหมายปณกิจ.....

รอบการสมัคร.....

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ

สมาคมฅฒานกภฏสงคราะท่สมานกษทกรณ่อมทรรพ์ทย (สส.สท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(1) ข้อมูลสมาชิก

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

เลขประจำตัวประชาชน --- เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เพศ ชาย หญิง สถานภาพ โสด สมรส คู่สมรสชื่อ..... หย่า หรือ หมาย

(1.1) เป็นสมาชิกประเภทสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขทะเบียนสมาชิก.....

(1.2) เป็นเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานสมาคม.....

(2) ข้อมูลดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ เป็น (กลุ่มวิชาชีพ)

ครู สาธารณสุข ทหาร ตำรวจ ราชการ รัฐวิสาหกภฏ ประกอบการ อื่น ๆระบุ.....

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

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

(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.....โทรศัพท์มือถือ.....Email.....

(5) การชำระเงิน

(5.1) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก จำนวน 12,150 บาท ดังนี้

- ชำระเป็นเงินสด ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน

(5.2) การชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้ารายปีครั้งต่อไป โดยให้สหกรณ์หักจาก ดังนี้

- ชำระเป็นรายเดือน (12 งวด) ชำระจากเงินปันผล,เฉลี่ยคืน
- ชำระเป็นราย 3 เดือน (4 งวด) ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน
- ชำระเป็นราย 6 เดือน (2 งวด) ชำระจากการเก็บเงินล่วงหน้า จากเงินกู้สามัญ
- ชำระจากบัญชีโครงการฝากเพื่อสวัสดิการ/เงินฝากในสหกรณ์สมาชิก

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมฅฒานกภฏสงคราะท่สมานกษทกรณ่อมทรรพ์ทย (สส.สท.) แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.สท. รวมทั้งได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร และชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าครบถ้วน ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สส.สท. เรื่องรับสมัครสมาชิก สส.สท. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการศูนย์ประสานงาน

เรียน นายก สส.สท.

ตรวจสอบแล้วรับรองว่า สมาชิกมีคุณสมบัติครบถูกต้อง

เห็นควรรับเป็นสมาชิก สส.สท.

ไม่ควรรับเป็นสมาชิก สส.สท. เนื่องจาก.....

.....

ผู้มีอำนาจเสนอ (แล้วแต่กรณี)

เภรัญญิก/เลขานุการ ศูนย์ฯ

อุปนายก ศูนย์ฯ

ประธานศูนย์ฯ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ สส.สท.

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.สท. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ถูกต้องตามที่ศูนย์ประสานงานแจ้งให้กับทาง สส.สท. ทราบแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการ สส.สท.

คำสั่ง อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สส.สท. ตั้งแต่วันที่.....

(คราวประชุมเมื่อวันที่.....)

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

เภรัญญิก/เลขานุการ สส.สท.

อุปนายก สส.สท.

นายก สส.สท.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกรวมกันเพื่อช่วยเหลือไทย (สส.สท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สมาชิกรวมกันเพื่อช่วยเหลือ.....เลขทะเบียนสมาชิก..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....มือถือ.....ทำงานประจำในตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....ต่อ.....

2. หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิให้ นาย/นาง/นางสาว.....
บุตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สส.สท. พึงจ่าย หลังจากหักเงินค่าจัดการศพให้บุคคลที่ระบุ
และยินยอมให้กับสมาชิกรวมกันเพื่อช่วยเหลือ.....จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ให้เสร็จสิ้น
เท่ากับจำนวนหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกผันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้

- 3.1บุตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....
- 3.2บุตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....
- 3.3บุตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....
- 3.4บุตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....
- 3.5บุตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....
- 3.6บุตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำ
การใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ)ผู้ให้คำยินยอม

(ลงชื่อ)พยาน

(ลงชื่อ)ผู้จัดการ/จนท.ศูนย์ประสานงาน

(ลงชื่อ)ประธานศูนย์ประสานงาน

ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคลตามข้อบังคับ ฯ หมวด7 ข้อ 23 และประกาศกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) วิธีการจ่ายค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ ข้อ 3 ดังต่อไปนี้

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1.1 สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา | 1.4 ปู่ ย่า ตา ยาย |
| 1.2 พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน | 1.5 หลุ ป้า น้า อา |
| 1.3 พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน | 1.6 ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู |

ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯจ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ1. ตามลำดับ ก่อนหลัง ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯแบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ที่ เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อนโดย ขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....
สมาชิกรวมใจ..... เลขที่สมาชิกรวมใจ.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ได้ทำการสมัครสมาชิก สส.สท. รอบสมัครเดือน.....
และขอใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาล.....
ขอเรียนว่าข้าพเจ้า มีประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

	ไม่มี	มี	
1. โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
2. โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
3. โรคฉับโรคในระยะอันตราย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
4. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
6. โรคไตวายเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
7. โรคปอดเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
8. โรคตับแข็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
9. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
10. โรคร้ายแรงอื่น ๆ ตามที่แพทย์ระบุ.....			

เรียน นายกสมาคมพัฒนาปลืงสงเคราะห์สมาชิกรวมใจเพื่อสุขภาพดี (สส.สท.)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าไม่มีประวัติการรักษาโรคตามข้อ 1-10 หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัวตามข้อ 1-10 และหากเสียชีวิตภายในระยะเวลา 1 ปี หรือ**แจ้งข้อความอันเป็นเท็จ**ให้ถือว่า**ข้าพเจ้าไม่มีสมาชิกภาพของ สส.สท. มาตั้งแต่ต้น** ทาง สส.สท. ไม่อนุญาติเป็นสมาชิก โดยคืนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือให้กับผู้สมัคร

ลงชื่อ..... (ผู้สมัครสมาชิก สส.สท.)

ตัวบรรจง(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

ตัวบรรจง(.....)

ลงชื่อ..... พยาน (เจ้าหน้าที่/กรรมการศูนย์ประสานงาน)

ตัวบรรจง(.....)

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง
เอกสารประกอบ :
1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส
4. ใบสำคัญการเปลี่ยน ชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์ของรัฐฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
7. แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง/ใบเสร็จของ สอ.
8. ทะเบียนรับรองบุตร

สส.สท. 2/1 (สมทบ)



สมัครผ่าน
<input type="radio"/> ศูนย์ประสานงาน
<input type="radio"/> ศูนย์จังหวัด

เลขमाปนกิจ.....
 รอบการสมัคร...../.....

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสมทบ

สมาคมสมาชิกสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย (สส.สท.)

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

(1) ข้อมูลสมาชิก

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

เลขประจำตัวประชาชน เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เพศ ชาย หญิง สถานภาพ โสด สมรส คู่สมรสชื่อ..... หย่า หรือ หม้าย

(1.1) เป็นสมาชิกประเภทสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์..... เลขทะเบียนสมาชิก.....

(1.2) เป็นบุคคลในครอบครัวของสมาชิกสามัญ ประเภท คู่สมรส บุตร บุตรบุญธรรม บิดา มารดา

ของ..... สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด

เลขทะเบียนสมาชิก..... เลขที่ทะเบียนสมรส.....

(2) ข้อมูลตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ เป็น (กลุ่มวิชาชีพ)

ครู สาธารณสุข ทหาร ตำรวจ ราชการ รัฐวิสาหกิจ ประกอบการ อื่นๆระบุ.....

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

(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..... Email.....

(5) การชำระเงิน

(5.1) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก จำนวน 12,150 บาท ดังนี้

ชำระเป็นเงินสด ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน

(5.2) การชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้ารายปีครั้งต่อไป โดยให้สหกรณ์หักจาก ดังนี้

ชำระเป็นรายเดือน (12 งวด) ชำระจากเงินปันผล, หนี้คืน
 ชำระเป็นราย 3 เดือน (4 งวด) ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน
 ชำระเป็นราย 6 เดือน (2 งวด) ชำระจากการเก็บเงินล่วงหน้า จากเงินกู้สามัญ
 ชำระจากบัญชีโครงการฝากเพื่อสวัสดิการ/เงินฝากในสหกรณ์สมาชิก

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมสมาชิกสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
 (.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.สท. รวมทั้งได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร และชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าครบถ้วน ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สส.สท. เรื่องรับสมัครสมาชิก สส.สท. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการศูนย์ประสานงาน

เรียน นายก สส.สท.

ตรวจสอบแล้วรับรองว่า สมาชิกมีคุณสมบัติครบถูกต้อง

เห็นควรรับเป็นสมาชิก สส.สท.

ไม่ควรรับเป็นสมาชิก สส.สท. เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจเสนอ (แล้วแต่กรณี)

เภรัณฤก/เลขานุการ ศูนย์ฯ

อุปนายก ศูนย์ฯ

ประธานศูนย์ฯ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ สส.สท.

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.สท. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ถูกต้องตามที่ศูนย์ประสานงานแจ้งให้กับทาง สส.สท. ทราบแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการ สส.สท.

คำสั่ง อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สส.สท. ตั้งแต่วันที่.....

(คราวประชุมเมื่อวันที่.....)

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

เภรัณฤก/เลขานุการ สส.สท.

อุปนายก สส.สท.

นายก สส.สท.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมพนักงานประกันชีวิตสมาชิกรัฐออมทรัพย์ไทย (สส.สท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สมาชิกรัฐออมทรัพย์.....เลขทะเบียนสมาชิก..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....มือถือ.....ทำงานประจำในตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....ต่อ.....

2. หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิให้ นาย/นาง/นางสาว.....
บุตรประชาชน.....เกี่ยวข้องกับ..... เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สส.สท. พึงจ่าย หลังจากหักเงินค่าจัดการศพให้บุคคลที่ระบุ และ
ยินยอมให้กับสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ให้เสร็จสิ้นเท่ากับ
จำนวนหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้

- 3.1บุตรประชาชน.....เกี่ยวข้องกับ.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....
- 3.2บุตรประชาชน.....เกี่ยวข้องกับ.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....
- 3.3บุตรประชาชน.....เกี่ยวข้องกับ.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....
- 3.4บุตรประชาชน.....เกี่ยวข้องกับ.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....
- 3.5บุตรประชาชน.....เกี่ยวข้องกับ.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....
- 3.6บุตรประชาชน.....เกี่ยวข้องกับ.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการ
ใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ)ผู้ให้คำยินยอม

(ลงชื่อ)พยาน

(ลงชื่อ)ผู้จัดการ/จนท.ศูนย์ประสานงาน

(ลงชื่อ)ประธานศูนย์ประสานงาน

ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคลตามข้อบังคับ ฯ หมวด 7 ข้อ 23 และประกาศกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) วิธีการจ่ายค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ ข้อ 3 ดังต่อไปนี้

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1.1 สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา | 1.4 ปู่ ย่า ตา ยาย |
| 1.2 พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน | 1.5 หลุง ป้า น้า อา |
| 1.3 พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน | 1.6 ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู |

ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯ จ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 1. ตามลำดับ ก่อนหลัง ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯ แบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ที่เหลืออยู่ ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อนโดยขอรับ เฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....
สมาชิกรณออมทรัพย์..... เลขที่สมาชิกรณออมทรัพย์.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ได้ทำการสมัครสมาชิกรณออมทรัพย์ สส.สท. รอบสมัครเดือน.....
และขอใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาล.....
ขอเรียนว่าข้าพเจ้า มีประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

	ไม่มี	มี	
1. โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
2. โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
3. โรคฉับโรคในระยยะอันตราย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
4. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
6. โรคไตวายเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
7. โรคปอดเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
8. โรคตับแข็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
9. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
10. โรคร้ายแรงอื่น ๆ ตามที่แพทย์ระบุ.....			

เรียน นายกรณออมทรัพย์พัฒนาปลืงสงเคราะห์สมาชิกรณออมทรัพย์ไทย (สส.สท.)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าไม่มีประวัติการรักษาโรคตามข้อ 1-10 หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัวตามข้อ 1-10 และหากเสียชีวิตภายในระยะเวลา 1 ปี หรือ**แจ้งข้อความอันเป็นเท็จ**ให้ถือว่า**ข้าพเจ้าไม่มีสมาชิกภาพของ สส.สท. มาตั้งแต่ต้น** ทาง สส.สท. ไม่นอุมัติเป็นสมาชิก โดยคืนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือให้กับผู้สมัคร

ลงชื่อ..... (ผู้สมัครสมาชิกรณออมทรัพย์ สส.สท.)

ตัวบรรจง(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

ตัวบรรจง(.....)

ลงชื่อ..... พยาน (เจ้าหน้าที่/กรรมการศูนย์ประสานงาน)

ตัวบรรจง(.....)