

เอกสารประกอบ :

1. สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรประจำการ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (กรณีสมบทคู่สมรส)
4. ในสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์ของรัฐบาลจังหวัด มีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาตัวและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
- 7.แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง
- 8.ใบเสร็จของสอ./ใบเสร็จของสมาคมประชาธิรัฐฯ สำนักงานวิชาชีพฯ
9. ทะเบียนรับรองบุตร



สมัครผ่าน

- ศูนย์ประสานงาน
 ศูนย์จังหวัด

เลขมาปนกิจ.....

รอบการสมัคร.....

ใบสมัครสมาชิก ประเทศไทยสมทบ

สมาคมมาปนกิจสงเคราะห์สมาคมสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย (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) เป็นสมาชิกประเทศไทยของสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก..... (1.2) เป็นสมาชิกสมาคมฯหรือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานของสมาคมมาปนกิจสงเคราะห์กลุ่มวิชาชีพอื่น สส.ชส. สสอค. สสธ. สสอต. สสอท. สสอ.ร. สส.สก. เลขทะเบียนสมาชิก..... (1.3) เป็นบุคคลในครอบครัวของสมาชิกประเทศไทยสามัญของสมาคม สส.สท. หรือกลุ่มวิชาชีพอื่นประเภท คู่สมรส บุตร บุตรบุญธรรม บิดา มารดา พี่ น้อง ของ..... สมาคมสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก..... (1.4) เป็นบุคคลในครอบครัวของสมาชิกประเทศไทยของสหกรณ์ออมทรัพย์ทุกกลุ่มวิชาชีพอื่นประเภท คู่สมรส บุตร บุตรบุญธรรม บิดา มารดา พี่ น้อง ของ..... สมาคมฯ สส.ชส. สสอค. สสธ. สสอต. สสอท. สสอ.ร. สส.สก. เลขทะเบียนสมาชิก..... (1.5) เป็นบุคคลในครอบครัวของสมาชิกสามัญหรือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสมาคมมาปนกิจสงเคราะห์กลุ่มวิชาชีพอื่นประเภท คู่สมรส บุตร บุตรบุญธรรม บิดา มารดา พี่ น้อง ของ..... สมาคมฯ สส.ชส. สสอค. สสธ. สสอต. สสอท. สสอ.ร. สส.สก. เลขทะเบียนสมาชิก.....**(2) ข้อมูลดำเนินตัวแทนหรือภรรยา/บุตรที่เป็น (กลุ่มวิชาชีพ)** ครู สาธารณสุข ทหาร ตำรวจ ราชการ รัฐวิสาหกิจ ประกอบการ อื่น ๆ ระบุ.....
สังกัด..... หน่วยงาน..... ดำเนินตัวแทน.....**(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..... เบอร์ติดต่อกรณีฉุกเฉิน..... Email.....

(5) การชำระเงิน (5.1) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก จำนวน 12,150 บาท ดังนี้ ชำระเป็นเงินสด ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน

(5.2) การชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้ารายปีครึ่งต่อไป โดยให้สหกรณ์ที่จาก ดังนี้

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

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมมาปนกิจสงเคราะห์สมาคมสหกรณ์ออมทรัพย์ไทยแล้ว มีความประสงค์สมควรเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.สท. รวมทั้งได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร และชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าลงทะเบียนห้องประชุม ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สส.สท. เรื่อง รับสมัครสมาชิก สส.สท. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการศูนย์ประสานงาน

เรียน นายก สส.สท.

ตรวจสอบแล้วรับรองว่า สมาชิกมีคุณสมบัติครบถ้วนต้อง

- เน้นควรรับเป็นสมาชิก สส.สท.
- ไม่ควรรับเป็นสมาชิก สส.สท. เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจเสนอ (แล้วแต่กรณี)

- เหตุญาณิก/เลขานุการ ศูนย์ฯ
- อุปนายก ศูนย์ฯ
- ประธานศูนย์ฯ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ สส.สท.

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.สท. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัคร ครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าลงทะเบียนห้องประชุม ตามที่ศูนย์ประสานงานแจ้งให้กับทาง สส.สท. ทราบแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการ สส.สท.

- คำสั่ง อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สส.สท. ตั้งแต่วันที่.....
 (คราวประชุมเมื่อวันที่.....)
 ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- เหตุญาณิก/เลขานุการ สส.สท.
- อุปนายก สส.สท.
- นายก สส.สท.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมฯป้านกิจสงเคราะห์สมาคมชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย (สส.สท.)

เจ้ายี่นที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

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

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

สมาคมชิกสหกรณ์ออมทรัพย์..... เลขทะเบียนสมาคมชิก..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... มือถือ..... ทำงานประจำในตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ที่ทำงาน..... ต่อ.....

2. หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิให้ผู้รับเงินสงเคราะห์บุคคลใดบุคคลหนึ่งตามที่ระบุไว้ใน ข้อ 3.1 – 3.6

เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สส.สท. พึงจ่าย ข้อมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้

3.1 นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง.....

เลขประจำตัวประชาชน ------- เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้..... เบอร์โทร.....

3.2 นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง.....

เลขประจำตัวประชาชน ------- เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้..... เบอร์โทร.....

3.3 นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง.....

เลขประจำตัวประชาชน ------- เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้..... เบอร์โทร.....

3.4 นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง.....

เลขประจำตัวประชาชน ------- เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้..... เบอร์โทร.....

3.5 นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง.....

เลขประจำตัวประชาชน ------- เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้..... เบอร์โทร.....

3.6 นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง.....

เลขประจำตัวประชาชน ------- เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้..... เบอร์โทร.....

4. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคลตามข้อบังคับฯ หมวด 7 ข้อ 23 และประกาศกระทรวงการ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) วิธีการจ่ายค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ ข้อ 3 ดังต่อไปนี้

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 4.1 สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา | 4.4 ปู่ ย่า ตา ยาย |
| 4.2 พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน | 4.5 ลุง ป้า น้า อา |
| 4.3 พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน | 4.6 ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู |
- ถ้าไม่มีบุคคลที่สามารถบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯ จ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 1. ตามลำดับก่อนหลัง ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯ แบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนใน สัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลได้ได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ) ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ) พยาน (ลงชื่อ) พยาน

(.....) (.....)

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

(.....) (.....)



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....

สมาชิกสหกรณ์..... เลขที่สมาชิกสหกรณ์.....

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. โรควันโรคในระยะอันตราย	<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. โรคร้ายแรงอื่น ๆ ตามที่แพทย์ระบุ.....			

เรียน นายกสมาคมมาปนกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย (สส.สท.)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าไม่มีประวัติการรักษาโรคตามข้อ 1-9 หากข้าพเจ้าลงทะเบียนที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัวตามข้อ 1-9 และหากเสียชีวิตภายในระยะเวลา 1 ปี หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จให้ถือว่าข้าพเจ้าไม่มีสมาชิกภาพของ สส.สท. มาตั้งแต่ตน ทาง สส.สท. ไม่อนุญาตเป็นสมาชิก โดยคืนเงินสangเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือให้กับผู้สมัคร

ลงชื่อ..... (ผู้สมัครสมาชิก สส.สท.)
ตัวบรรจง(.....)

ลงชื่อ..... (เจ้าหน้าที่/กรรมการศูนย์ประสานงาน)
ตัวบรรจง(.....)