

เอกสารประกอบ :

1. สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรข้าราชการ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (กรณีสมทบคู่สมรส)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยน ชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์ของรู่ขอรับรอง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
7. แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง
8. ใบเสร็จของหอ/ใบเสร็จของสมาชิกประเภทสามัญสมาคมฉกสอ
สงเคราะห์กลุ่มวิชาชีพอื่น
9. ทะเบียนรับรองบุตร



สมัครผ่าน

- ☐ ศูนย์ประสานงาน
- ☐ ศูนย์จังหวัด

เลขหมายปณิกิจ.....

รอบการสมัคร.....

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสมทบ

สมาคมบำเพ็ญกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย (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 ☐ หม้าย

☐ (1.1) เป็นสมาชิกประเภทสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก.....

☐ (1.2) เป็นสมาชิกสามัญหรือเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานของสมาคมอาปนกิจสงเคราะห์กลุ่มวิชาชีพอื่น

☐ สส.ชสอ. ☐ สสอศ. ☐ สสรท. ☐ สสอต. ☐ สสอพ. ☐ สสอ.รท. ☐ สสอร. ☐ สส.สก. เลขทะเบียนสมาชิก.....

☐ (1.3) เป็นบุคคลในครอบครัวของสมาชิกประเภทสามัญของสมาคม สส.สท. หรือกลุ่มวิชาชีพอื่น

ประเภท ☐ คู่สมรส ☐ บุตร ☐ บุตรบุญธรรม ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ พี่ ☐ น้อง

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

☐ (1.4) เป็นบุคคลในครอบครัวของสมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์ทกกลุ่มวิชาชีพอื่น

ประเภท ☐ คัสมร ☐ บตร ☐ บตรบุญธรรม ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ พี่ ☐ น้อง

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

☐ (1.5) เป็นบุคคลในครอบครัวของสมาชิกสามัญหรือเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในสมาคมฯ ปฏิเสธที่จะให้สัมภาษณ์

ประเภท ☐ ค่ำสมรส ☐ บุตร ☐ บุตรบุญธรรม ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ พี่ ☐ น้อง ของ.....

สมาคมฯ ☐ สส.ชสอ. ☐ สสอ.ค. ☐ สสธพ. ☐ สสอ.ต. ☐ สสอ.ท. ☐ สสอ.รพ. ☐ สสอ.ร. ☐ สส.สก. เลขทะเบียนสมาชิก.....

(2) ข้อมูลดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ เป็น (กลุ่มวิชาชีพ)

☐ ครุ ☐ สาธารณสุข ☐ ทหาร ☐ ตำรวจ ☐ ราชการ ☐ รัฐวิสาหกิจ ☐ ประกอบการ ☐ อื่น ๆระบบ.....

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.....โทรศัพท์มือถือ.....เบอร์ติดต่อกรณีฉุกเฉิน.....Email.....

(5) การชำระเงิน (5.1) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก จำนวน 12,150 บาท ดังนี้

☒ รับตรง
 ☐ เป็นเงินสด/การโอน

ผ่านศูนย์ประสานงาน ☐ เป็นเงินสด/การโอน ☐ จากการเพิ่มเงินในการกู้

(5.2) การชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้ารายปีครั้งต่อไป

รับตรง ☐ เป็นเงินสด/การโอน

ผ่านศูนย์ประสานงาน โดยให้สมาชิกประสานกับสหกรณ์หักจาก ดังนี้

☐ เป็นเงินสด/การโอน ☐ เงินปันผล, เหลือคืน

☐ การเพิ่มเงินในการกัก ☐ บัญชีโครงการฝากเพื่อสวัสดิการ/เงินฝากในสหกรณ์สมาชิก

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์อมรทรัพย์ไทยแล้ว 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)

- ☐ เภรัณญิก/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.

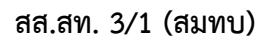
- คำสั่ง ☐ อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สส.สท. ตั้งแต่วันที่.....
(คราวประชุมเมื่อวันที่.....)
☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- ☐ เภรัณญิก/เลขานุการ สส.สท.
☐ อุปนายก สส.สท.
☐ นายก สส.สท.

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....



4. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคลตามข้อบังคับ ฯ หมวด 7 ข้อ 23 และประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) วิธีการจ่ายค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ ข้อ 3 ดังต่อไปนี้

4.1 สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา

4.4 ปู่ ย่า ตา ยาย

4.2 พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน

4.5 ลูก ป้า น้า อา

4.3 พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน

4.6 ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู

ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯ จ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 4 ตามลำดับก่อนหลัง ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯ แบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ 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	☐	☐	ระบุ.....
2. โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด	☐	☐	ระบุ.....
3. โรคฉี่หนูในระยยะอันตราย	☐	☐	ระบุ.....
4. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง	☐	☐	ระบุ.....
5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	☐	☐	ระบุ.....
6. โรคไตวายเรื้อรัง	☐	☐	ระบุ.....
7. โรคปอดเรื้อรัง	☐	☐	ระบุ.....
8. โรคตับแข็ง	☐	☐	ระบุ.....
9. โรคร้ายแรงอื่น ๆ ตามที่แพทย์ระบุ.....			

เรียน นายกสมาคมชาวนาปลื้มสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย (สส.สท.)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าไม่มีประวัติการรักษาโรคตามข้อ 1-9 หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัวตามข้อ 1-9 และหากเสียชีวิตภายในระยะเวลา 1 ปี หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จให้ถือว่าข้าพเจ้าไม่มีสมาชิกภาพของ สส.สท. มาตั้งแต่ต้น ทาง สส.สท. ไม่อนุญาติเป็นสมาชิก โดยคืนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือให้กับผู้สมัคร

ลงชื่อ..... (ผู้สมัครสมาชิก สส.สท.)

ตัวบรรจง(.....)

ลงชื่อ..... (เจ้าหน้าที่/กรรมการศูนย์ประสานงาน)

ตัวบรรจง(.....)