

เอกสารประกอบ

- 1.สำเนาบัตรประชาชน และ สำเนาทะเบียนบ้าน
- 2.สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- 3.ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
- 4.สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
- 5.สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้จัดการศพ



สม.สอ.สร.ชก. 1

วันที่รับสมัคร.....เลขที่.....

เปิดรับสมัครโครงการ

วันที่ 1 ตุลาคม 2569 – 25 พฤศจิกายน 2569

ใบสมัครสมาชิกสมทบ (วาระพิเศษ)**สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

- ☐ คุณสมบัติถูกต้อง
☐ ..เอกสารหลักฐาน
☐ ..ชำระเงินค่าสมัคร
ลงวันที่.....
อื่น ๆ.....
ลงชื่อ.....
(.....)

เรียน นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด

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

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

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

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

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

- สมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด เลขที่สมาชิก.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด

- ข้าพเจ้ายินยอมชำระเงินค่าสมัคร ค่าบำรุง และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 1,000.- บาท

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ และคำสั่งของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด (สม.สอ.สร.ชก.) ทุกประการ

1.หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอมอบสิทธิให้.....

บัตรประจำตัวประชาชน.....เกี่ยวข้องกับ.....เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

โดยจะได้รับเงินค่าจัดการศพไม่เกิน 30,000 บาท (สามหมื่นบาทถ้วน)

2.ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สม.สอ.สร.ชก. พึ่งจ่าย หลังหักเงินค่าจัดการศพและ
ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ให้เสร็จสิ้นเท่ากับหนี้สิน
ของข้าพเจ้าผูกพันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้

2.1.....เกี่ยวข้องกับ.....สัดส่วน.....%

บัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

2.2.....เกี่ยวข้องกับ.....สัดส่วน.....%

บัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

2.3.....เกี่ยวข้องกับ.....สัดส่วน.....%

บัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

2.4.....เกี่ยวข้องกับ.....สัดส่วน.....%

บัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

- ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินเดือนหักเงินเพื่อชำระเงินสงเคราะห์ หรือเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าโดยชำระรายเดือนตามที่สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด (สม.สอ.สร.ชก.) เรียกเก็บ

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้ได้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับข่มขู่ หรือ กระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือฉบับนี้

ลงชื่อ.....ผู้ขอสมัคร ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม(สมาชิกสามัญลงนาม)

(.....)

(.....)

เรียน คณะกรรมการ
เพื่อพิจารณาอนุมัติ

คณะกรรมการฯ

.....อนุมัติ

.....ไม่อนุมัติ

(ลงชื่อ).....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ

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

เป็นสมาชิกสมบูรณ์
วันที่.....

โดยมีระยะเวลารอคอย

.....รอคอย 180 วัน

.....รอคอย 365 วัน

ตามมติที่ประชุมครั้งที่

.....

ลงวันที่.....



ใบรับรองแพทย์
(จากสถานพยาบาลของรัฐ)

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
สถานที่อยู่ (สามารถติดต่อได้)..... โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีประวัติเกี่ยวกับการตรวจรักษาโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล

1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด () ไม่มี () มี (ระบุ).....
2. โรคหัวใจในระยยะอันตราย () ไม่มี () มี (ระบุ).....
3. โรคเมเร็งทุกชนิดทุกระยะ () ไม่มี () มี (ระบุ).....
4. โรคตับแข็ง () ไม่มี () มี (ระบุ).....
5. โรคเอดส์ () ไม่มี () มี (ระบุ).....
6. โรคไตวายระยะสุดท้าย () ไม่มี () มี (ระบุ).....

หมายเหตุ 1. ข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า โดยให้สมาคมฯ ปกป้องและรักษาความลับของข้อมูลทางการแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด ขอประวัติการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

2. หากข้าพเจ้าละเว้นไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้ข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติจากการเป็นสมาชิกทันที

3. ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ในการสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฯ ปกป้องและรักษาความลับของข้อมูลทางการแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด เท่านั้น

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง(.....) ผู้ขอใบรับรองแพทย์

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

1. 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).....

2.สรุปความเห็นและคำแนะนำของแพทย์ ดังนี้.....

ตราประทับ

สถานพยาบาลของรัฐ

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง(.....) แพทย์ผู้ตรวจ

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

หมายเหตุ : ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ภายใน 30 วันนับแต่ตรวจร่างกาย

หนังสือยินยอมให้หักเงินสมทบทุนกิจกรรมสงเคราะห์ (สธ.สอ.สร.ชก.)
ชำระหนี้ที่ค้างชำระกับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าผู้รับเงินสงเคราะห์ของ.....เลขทะเบียนสมทบทุน.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอทำหนังสือแสดงเจตนายินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด หักเงินสงเคราะห์
เพื่อชำระหนี้ของสมาชิกผู้เสียชีวิตที่มีภาระผูกพันเสร็จสิ้นก่อน โดยข้าพเจ้าขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือ

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการแสดงเจตนาเป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับข่มขู่ หรือกระทำการ
ใดๆ ให้ข้าพเจ้าต้องแสดงเจตนาดังกล่าวจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้รับผลประโยชน์ ลงชื่อ.....ผู้รับผลประโยชน์
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับผลประโยชน์ ลงชื่อ.....ผู้รับผลประโยชน์
(.....)

