



ประกาศสมาคมชราวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย
ที่ 006 /2562

เรื่อง การรับสมัครสมาชิกสมาคมชราวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยกรณีพิเศษ
ระหว่างวันที่ 2 พฤษภาคม - 31 กรกฎาคม 2562

อาศัยอำนาจตามความในข้อ 9, 10, 11 และ 12 แห่งข้อบังคับสมาคมชราวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2560 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ประกอบกับมติคณะกรรมการดำเนินการสมาคมชราวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในคราวประชุมครั้งที่ 2/2562 วันที่ 26 เมษายน 2562 จึงให้รับสมัครสมาชิกที่มีอายุตั้งแต่ 57 ปี - 60 ปี เป็นกรณีพิเศษ ดังนี้

1. คุณสมบัติผู้สมัคร

1.1 สมาชิกสามัญ

เป็นสมาชิกสามัญหรือสมาชิกสมทบของสหกรณ์ผู้สูงอายุราชการ

1.2 สมาชิกสมทบ

- (1) เป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร หรือบุตรบุญธรรมของสมาชิกสามัญ
- (2) เป็นเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานราชการ (ที่ไม่เป็นสมาชิกสหกรณ์ผู้สูงอายุ)
- (3) เป็นสมาชิกสมาคมชราวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอื่น

2. อายุผู้สมัคร

อายุ 20 ปี - 60 ปี (เกิดภายในปี 2502)

3. เอกสารการสมัคร

- 3.1 ใบสมัครพร้อมใบแสดงเจตนาให้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ขอรับแบบฟอร์มใบสมัครที่สหกรณ์ที่รับเป็นศูนย์ประสานงานหรือ ดาวน์โหลดที่ [http : www. cgse.or.th](http://www.cgse.or.th)
 - 3.2 สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประชาชน ของผู้สมัครและผู้รับเงินสงเคราะห์ทุกราย
 - 3.3 ใบตรวจสุขภาพประจำปี (ปีปัจจุบัน)
 - 3.4 ใบรับรองแพทย์ ของโรงพยาบาลของรัฐที่ลงนามโดยแพทย์แผนปัจจุบันชั้น 1 ที่มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- ในวันที่สมัคร
- 3.5 แบบรายงานสุขภาพตนเอง
 - 3.6 สำเนาเอกสารประกอบอื่น ๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ นามสกุล ทะเบียนสมรส ฯลฯ
 - 3.7 สำเนาทะเบียนสมรส และสำเนาบัตรประจำตัวคู่สมรส (กรณีผู้สมัครเป็นคู่สมรสของสมาชิก สสอ.รท.)
 - 3.8 สำเนาเอกสารอื่น ๆ ตามที่ระบุในใบสมัคร

4. กำหนดการรับสมัคร

| รอบที่ | กำหนดการรับสมัคร | ตรวจคุณสมบัติและโอนเงิน | วันที่อนุมัติรับเป็นสมาชิก | หมายเหตุ |
|--------|------------------|--------------------------|----------------------------|---|
| 7/2562 | 1-31 พ.ค. 2562 | ก่อนวันที่ 15 มิ.ย. 2562 | 1 กรกฎาคม 2562 | ผู้สมัครจะได้รับสมาชิกภาพสมบูรณ์ เมื่อพ้น 90 วัน นับแต่วันที่กรรมการมีมติรับเป็นสมาชิก ยกเว้นกรณีเสียชีวิตเพราะอุบัติเหตุ |
| 8/2562 | 2-28 มิ.ย. 2562 | ก่อนวันที่ 15 ก.ค. 2562 | 1 สิงหาคม 2562 | |
| 9/2562 | 1-31 ก.ค. 2562 | ก่อนวันที่ 15 ส.ค. 2562 | 1 กันยายน 2562 | |

5. อัตราเงินสงเคราะห์

โดยที่ในปี 2562 สมาคมกำหนดอายุผู้สมัครไว้ที่ 56 ปี (เกิดในปี 2506-2507) ซึ่งผู้สมัครจะต้องชำระ เงินค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า รวม 4,540 บาท แล้ว ดังนั้น ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 57-60 ปี จะต้องชำระ เงินสงเคราะห์เท่ากับสมาชิกที่สมัครตามรอบที่ได้ชำระแล้ว ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมแก่ทุกฝ่าย ดังนี้

สมัครกรณีพิเศษ

| อายุ (ปี) | พ.ศ. เกิด | เงินที่ต้องชำระปี 2562 (ปกติ) | | | เงินที่สมาชิกสมัครตามรอบอายุ ที่สมาคมกำหนดได้ชำระแล้ว | | | | รวม |
|-----------|-----------|-------------------------------|----------|-------------------------|---|----------|----------|----------|-----------|
| | | ค่าสมัคร | ค่าบำรุง | เงิน สงเคราะห์ ล่วงหน้า | ปี 2561 | ปี 2560 | ปี 2559 | ปี 2558 | |
| 56 ปี | 2506 | 20.00 | 20.00 | 4,500.00 | - | - | - | - | 4,540.00 |
| 57 ปี | 2505 | 20.00 | 20.00 | 4,500.00 | 4,500.00 | - | - | - | 9,040.00 |
| 58 ปี | 2504 | 20.00 | 20.00 | 4,500.00 | 4,500.00 | 4,500.00 | - | - | 13,540.00 |
| 59 ปี | 2503 | 20.00 | 20.00 | 4,500.00 | 4,500.00 | 4,500.00 | 4,500.00 | - | 18,040.00 |
| 60 ปี | 2502 | 20.00 | 20.00 | 4,500.00 | 4,500.00 | 4,500.00 | 4,500.00 | 4,500.00 | 22,540.00 |

6. สถานที่รับสมัคร

สมาชิกสามัญ

- สมัครที่ศูนย์ประสานงาน (กรณีสหกรณ์รับเป็นศูนย์ประสานงาน)
- สมัครที่สมาคม สสอ.รท. (กรณีสหกรณ์ต้นสังกัดไม่รับเป็นศูนย์ประสานงาน)

สมาชิกสมทบ

- สมาชิกสมทบ ตามข้อ 1.2(1) ที่เป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร หรือบุตรบุญธรรมของสมาชิกสามัญให้สมัครที่ศูนย์ประสานงาน หรือที่สมาคม สสอ.รท.

- สมาชิกสมทบ ตามข้อ 1.2(2) และ(3) สมัครด้วยตนเองที่สมาคมฯ

การสมัคร การตรวจคุณสมบัติ และการนำส่งเงินให้สมาคม ดำเนินการตามขั้นตอนปกติ

ประกาศ ณ วันที่ 30 เมษายน 2562

(นางสุมาลี ยุक्तานนท์)

นายกสมาคมอาปนกิจสงเคราะห์
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัครและผู้รับเงินสงเคราะห์
2. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
3. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล(ถ้ามี)
4. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง (สถานพยาบาลของรัฐ) มีอายุไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
5. ใบรับรองสุขภาพตนเอง
6. กรณีที่สหกรณ์ฯ ไม่รับเป็นศูนย์ประสานงาน ต้องมีใบเสร็จรับเงินงวดสุดท้ายหรือใบรับรองของสหกรณ์ต้นสังกัด



สสอ.รท. 1/2

เลขประจำตัวสมาชิก สสอ.รท.....

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ (กรณีพิเศษอายุ 57-60 ปี)

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. คู่สมรสชื่อ.....

(1) เป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขที่.....

เป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขที่.....

อื่นๆ (ระบุ).....

(2) ดำรงตำแหน่ง.....หรือปฏิบัติหน้าที่.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์(ที่ทำงาน).....

(3) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

(4) สถานที่ติดต่อ/ส่งเอกสาร

(4.1) เหมือนข้อ (3)

(4.2) บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....

(5) หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตายขอมอบให้.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้าเป็นผู้จัดการศพ

(6) การชำระเงิน

(6.1) การชำระเงินครั้งแรก

ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 20.- บาท ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 20.- บาท

เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าปีละ 4,500.- บาท (อายุไม่เกิน 56 ปี)

- 2 -

เงินสงเคราะห์ (อายุ 57-60 ปี) ปีละ 4,500.- บาท เป็นเงิน บาท

(6.2) วิธีการชำระเงิน

กรณีสหกรณ์รับเป็นศูนย์ประสานงาน

ชำระที่ศูนย์ประสานงาน / โอนเข้าบัญชีศูนย์ประสานงาน

กรณีสมัครตรงที่สมาคม

ชำระเงินที่ Counter Service (7-Eleven) ค่าธรรมเนียม 10 บาท โดยแสดงบัตรประจำตัวประชาชน

โอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี 987-3-26395-0 และส่งสำเนาให้สมาคม

(7) การชำระเงินครั้งต่อไปเพื่อต่อสมาชิกภาพ (ประมาณเดือนธันวาคมของทุกปี)

กรณีสหกรณ์รับเป็นศูนย์ประสานงาน

ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์หักจากเงินปันผล/เงินเฉลี่ยคืนตามจำนวนที่สมาคมเรียกเก็บ

ชำระที่ศูนย์ประสานงาน

กรณีสมัครตรงที่สมาคม

ชำระเงินที่ Counter Service (7-Eleven) ตามจำนวนที่สมาคมแจ้ง

โอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี 987-3-26395-0 และส่งสำเนาให้สมาคม

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์และรายละเอียดของข้อบังคับ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์
ราชการไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกและยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขต่างๆ ทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร
(.....)

หมายเหตุ :

- 1) โปรดเขียนใบสมัครด้วยลายมือตนเองเพื่อป้องกันการแก้ไขเปลี่ยนแปลงโดยท่านไม่ทราบ
- 2) ข้อความใดที่มีการขีด ลบ ขีดฆ่า ขอให้ลงชื่อกำกับ
- 3) สมาชิกสามัญ หมายถึง สมาชิกสามัญหรือสมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์
- 4) ผู้สมัครต้องกรอกแบบฟอร์มใบรับรองสุขภาพตนเอง
- 5) ผู้สมัครต้องมีใบรับรองแพทย์ของโรงพยาบาลของรัฐที่ไปรับการตรวจที่มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- 6) ผู้สมัครต้องมีใบตรวจสุขภาพประจำปี (ปีปัจจุบัน) จากโรงพยาบาลของรัฐ
- 7) ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกจะมีสมาชิกภาพสมบูรณ์เมื่อผ่าน 90 วัน นับแต่วันที่คณะกรรมการมีมติรับเข้าเป็นสมาชิก ยกเว้นกรณีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุและได้มีการพิสูจน์หลักฐานจากทางราชการชัดเจนแล้ว



สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว).....
เป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสอ.รท. ตามข้อบังคับข้อ 10.1(1) ของสมาคมฯ และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า และอื่นๆ ตามข้อบังคับ ระเบียบและประกาศของสมาคม ฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย เรื่องการรับสมัครสมาชิก สสอ.รท. หรือ การรับสมัครสมาชิกเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

- เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สสอ.รท.
- ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงานหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

ความเห็นคณะกรรมการสมาคม สสอ.รท.

- อนุมัติเข้ารับเป็นสมาชิก สสอ.รท. ตั้งแต่วันที่.....ตามมติคณะกรรมการครั้งที่...../.....
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ

1. นายกสมาคม สสอ.รท.

2. กรรมการ สสอ.รท. ปฏิบัติหน้าที่แทนนายก สสอ.รท.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



แบบรายงานสุขภาพตนเอง

สมาคมคณาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด

เลขที่สมาชิก..... ได้สมัครเป็นสมาชิกสมทบ สสอ.รท. รอบการสมัครที่.....

ได้แนบใบรับรองแพทย์ของโรงพยาบาล..... และไปตรวจสุขภาพประจำปีแล้ว

และขอเรียนว่าระยะเวลาที่ผ่านมาข้าพเจ้ามีประวัติเกี่ยวกับการตรวจรักษาโรคต่อไปนี้ ดังนี้

1. โรคหัวใจ ไม่เคย เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน.....พ.ศ.....
 เป็นโรคนี้ ไม่เป็นโรคนี้
2. โรคหัวใจในระยยะอันตราย ไม่เคย เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน.....พ.ศ.....
 เป็นโรคนี้ ไม่เป็นโรคนี้
3. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง ไม่เคย เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน.....พ.ศ.....
 เป็นโรคนี้ ไม่เป็นโรคนี้
4. โรคมะเร็งทุกชนิด ทุกระยะ ไม่เคย เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน.....พ.ศ.....
 เป็นโรคนี้ ไม่เป็นโรคนี้
5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (โรคเอดส์) ไม่เคย เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน.....พ.ศ.....
 เป็นโรคนี้ ไม่เป็นโรคนี้

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่าข้อความตามที่แจ้ง 1-5 เป็นความจริงทุกประการ

ข้าพเจ้ารับทราบความในข้อบังคับของสมาคมคณาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย ข้อ 12 ว่าผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกจะมีสมาชิกภาพสมบูรณ์เมื่อพ้นกำหนด 90 วัน นับแต่วันที่คณะกรรมการมีมติรับเข้าเป็นสมาชิก ยกเว้นกรณีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุและมีการพิสูจน์หลักฐานจากทางราชการชัดเจนแล้ว

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....) ตัวบรรจง



ใบสมัครกรณีพิเศษ
(อายุ 57-60 ปี)

สสอ.รท.3

หนังสือแสดงเจตนาการได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัว
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... สมาชิก สามัญ สมทบ ของสหกรณ์ออมทรัพย์.....
เลขทะเบียนที่.....สังกัดหน่วย.....
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
ทำงานประจำในตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....ต่อ.....

(1) สถานภาพ โสด สมรส คู่สมรสชื่อ.....
 หย่า หม้าย

(2) ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาให้บุคคลดังต่อไปนี้ เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวที่ สสอ.รท. พึ่งจ่าย

(2.1).....เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่.....

(2.2).....เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่.....

(2.3).....เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่.....

โดยมีเงื่อนไขการรับดังนี้ ได้รับส่วนแบ่งเท่ากันทุกคน อื่น ๆ

ถ้าคนใดตายไปก่อนข้าพเจ้า ผู้นั้นเป็นอันหมดสิทธิ และหากมีเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าเหลืออยู่ ก็ให้มอบแก่ผู้มีสิทธิที่เหลืออยู่ดังกล่าวข้างต้น
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนา
ดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(3) ข้าพเจ้าในฐานะสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.) จะนำส่งเงินเป็นค่าบำรุง
รายปี และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าหรือเงินสงเคราะห์ใช้เงินตามที่เรียกเก็บ ส่งศูนย์ประสานงานที่สมัคร หรือ ส่งให้สมาคมกรณีสมัครตรงที่สมาคม
สสอ.รท. ภายในเดือนธันวาคมของทุกปี หรือภายในเวลาที่สมาคมฯ กำหนด

(ลงชื่อ)..... ผู้สมัคร

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร

(ลงชื่อ)..... ผู้จัดการศูนย์ประสานงานฯ

(ลงชื่อ)..... กรรมการ สสอ.รท.

(.....)

หมายเหตุ ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องวิธีการจ่ายค่าจัดการศพ หรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัว การใช้จ่าย
และการเก็บรักษาเงินของสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ วันที่ 27 ธันวาคม 2545 กำหนดให้บุคคลผู้ได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวจะต้องเป็นบุคคลในครอบครัว ดังนี้

- 1.สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา
2. พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน
3. พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน
4. ปู่ ย่า ตา ยาย
5. หลุง ป้า น้า อา
6. ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู