

ตามข้อ 10.2 (1) - (5)



เลขประจำตัวสมาชิก สสอ.รท.....

สมาคมสมาชิกรวมใจเพื่อสันติภาพแห่งประเทศไทย (สสอ.รท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- | | | | |
|--|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> สมทบสมาชิกสามัญ | <input type="checkbox"/> คู่สมรส | <input type="checkbox"/> บิดา-มารดา | <input type="checkbox"/> บุตร |
| <input type="checkbox"/> สมทบเจ้าหน้าที่ของหน่วยราชการไทย | <input type="checkbox"/> คู่สมรส | <input type="checkbox"/> บิดา-มารดา | <input type="checkbox"/> บุตร |
| <input type="checkbox"/> สมทบสหกรณ์กลุ่มวิชาชีพอื่น | <input type="checkbox"/> ตำรวจ | <input type="checkbox"/> ครู | <input type="checkbox"/> สาธารณสุข |
| | <input type="checkbox"/> ทหาร | <input type="checkbox"/> อื่นๆ | <input type="checkbox"/> คู่สมรส |
| <input type="checkbox"/> สมทบสหกรณ์ออมทรัพย์ส่วนราชการอื่น | <input type="checkbox"/> คู่สมรส | <input type="checkbox"/> บิดา-มารดา | <input type="checkbox"/> บุตร |
| <input type="checkbox"/> ทายาทของสมาชิกสามัญที่เสียชีวิต | <input type="checkbox"/> คู่สมรส | <input type="checkbox"/> บิดา-มารดา | <input type="checkbox"/> บุตร |

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

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

(1) เป็น เป็นคู่สมรส บุตร บิดา มารดา ของ นาย/นาง/นางสาว..... สมาชิก สสอ.รท. ทะเบียนสมาชิกรวมใจเลขที่..... (แนบสำเนาใบทะเบียนสมรส)

(2) ปัจจุบันข้าพเจ้าดำรงตำแหน่ง.....หรือปฏิบัติหน้าที่..... สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์(ที่ทำงาน)..... โทรสาร.....

(3) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน) บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรสาร..... โทรศัพท์มือถือ.....

(4) สถานที่ติดต่อ/ส่งเอกสาร

- (4.1) เหมือนข้อ (3)
- (4.2) บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรสาร..... โทรศัพท์มือถือ.....

(5) หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตายขอมอบให้.....อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด..... โทรศัพท์..... เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้าเป็นผู้จัดการศพ

(6) การชำระเงิน

(6.1) การชำระเงินครั้งแรก

- ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 40.- บาท ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 40.- บาท
- เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า เป็นเงิน 5,000.- บาท รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน 5,080.- บาท
(ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2565 เป็นต้นไป)

(6.2) วิธีการชำระเงิน

กรณีสหกรณ์รับเป็นศูนย์ประสานงาน

- ชำระที่ศูนย์ประสานงาน / โอนเข้าบัญชีศูนย์ประสานงาน

กรณีเป็นสมาชิกสมัครตรง (สมัครที่สมาคม)

- โอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี 987-3-26395-0 และส่งสำเนาให้สมาคม Fax. หมายเลข 02-4961332
หรือ Line สมาคม หมายเลข 0924296660 ID Line : tgc.ifsct

(7) การชำระเงินครั้งต่อไป เพื่อต่อสมาชิกภาพ (ประมาณเดือนธันวาคมของทุกปี)

กรณีสหกรณ์รับเป็นศูนย์ประสานงาน

- ชำระที่ศูนย์ประสานงาน / โอนเข้าบัญชีศูนย์ประสานงาน

กรณีเป็นสมาชิกสมัครตรง

- ชำระเงินที่ Counter Service (7-Eleven) โดยสมาคมจะส่ง Bill Payment ให้สมาชิก
- โอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี 987-3-26395-0 และส่งสำเนาให้สมาคม Fax. หมายเลข 02-4961332
หรือ Line สมาคม หมายเลข 0924296660 ID Line : tgc.ifsct

สมาชิกสมทบที่เป็นคู่สมรส บิดา มารดา และบุตร ของสมาชิกสามัญ จะต้องพ้นสมาชิกภาพในกรณีที่สมาชิกสามัญผู้นั้น
ลาออก/พ้นสภาพ ยกเว้นกรณีเสียชีวิต

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับสมาคมฉบับกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทยแล้ว
มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขต่าง ๆ ทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร
(.....)

ขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....
(.....)

สมาชิก สสอ.รท. เลขที่.....

หมายเหตุ :

- 1) โปรดเขียนใบสมัครด้วยลายมือตนเองเพื่อป้องกันการแก้ไขเปลี่ยนแปลงโดยท่านไม่ทราบ
- 2) ข้อความใดที่มีการขีด ลบ ขีดฆ่า ขอให้ลงชื่อกำกับ
- 3) สมาชิกสมทบ /สถานที่สมัคร
 - คู่สมรส บิดา มารดา บุตร ของสมาชิกสามัญ
 - เป็นเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานราชการ
 - เป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์วิชาชีพอื่น
 - สมัครที่ศูนย์ประสานงาน/สมาคม
 - สมัครด้วยตนเองที่สมาคม
 - สมัครที่ศูนย์ประสานงาน/สมาคม
- 4) ผู้สมัครต้องกรอกรายละเอียดในหนังสือรับรองสุขภาพตนเอง
- 5) ผู้สมัครต้องมีใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของทางราชการที่ไปรับการตรวจที่มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- 6) ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกจะมีสมาชิกภาพสมบูรณ์เมื่อพ้น 6 เดือน นับแต่วันที่คณะกรรมการมีมติรับเข้าเป็นสมาชิกตามวันที่กำหนดตามข้อบังคับสมาคมฯ ข้อ 12 ยกเว้นกรณีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุและได้มีการพิสูจน์หลักฐานจากทางราชการชัดเจนแล้ว
- 7) สมาชิกที่ละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัวตามที่ระบุในหนังสือรับรองสุขภาพตนเองและถึงแก่ความตายภายในหนึ่งปี นับตั้งแต่วันที่สมาคมรับเป็นสมาชิกไม่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ ตามข้อบังคับสมาคมฯ ข้อ 12



สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิกสมทบ สสอ.รท. ตามข้อบังคับข้อ 10.2 และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า และอื่นๆ ตามข้อบังคับระเบียบและประกาศของสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย เรื่องการรับสมัครสมาชิกหรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิกสมทบ สสอ.รท.....

ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงานหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

ความเห็นคณะกรรมการสมาคม สสอ.รท.

อนุมัติเข้ารับเป็นสมาชิกสมทบ สสอ.รท. ตั้งแต่วันที่.....ตามมติคณะกรรมการครั้งที่...../.....

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ

1. นายกสมาคม สสอ.รท.

2. กรรมการ สสอ.รท. ปฏิบัติหน้าที่แทนนายก

สสอ.รท.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ใบรับรองแพทย์

ใช้แบบฟอร์มของโรงพยาบาลสำหรับบุคลากรทางการแพทย์

- หมายเหตุ
- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - (2) แพทย์สรุปความเห็นว่าเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์เพียงพอ หรือเป็นโรคใด ระบุโรค.....
 - (3) ใบรับรองแพทย์ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
 - (4) ประทับตราโรงพยาบาลของรัฐที่แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกายสังกัดให้ชัดเจน



เรื่อง หนังสือรับรองสุขภาพตนเอง

เรียน นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... อายุปี

โทร..... เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด

เลขที่สมาชิก..... ได้สมัครเป็นสมาชิก สสอ.รท. รอบการสมัครที่.....

ได้แนบใบรับรองแพทย์จาก..... แล้ว

และขอเรียนว่าระยะเวลาที่ผ่านมาข้าพเจ้ามีประวัติเกี่ยวกับการตรวจรักษาโรคต่อไปนี้ ดังนี้

1. โรคหัวใจหรือหลอดเลือด มี ไม่มี ระบุ
2. โรคหัวใจในระยะเวลาอันตราย มี ไม่มี ระบุ
3. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง มี ไม่มี ระบุ
4. โรคเมเร็งทุกชนิด ทุกระยะ มี ไม่มี ระบุ
5. โรคตับอักเสบ มี ไม่มี ระบุ
6. โรคปอดเรื้อรัง มี ไม่มี ระบุ
7. ภาวะไตวาย มี ไม่มี ระบุ
8. โรคร้ายแรงอื่น ๆ ตามที่แพทย์ระบุ

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่าข้อความตามข้อ 1 - 8 เป็นความจริงทุกประการและยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าหรือให้ สสอ.รท. ขอประวัติการรักษาจากสถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าเข้ารับการรักษาหรือที่เกี่ยวข้องได้

หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัวและถึงแก่ความตายภายในหนึ่งปี นับตั้งแต่วันที่สมาคมรับเป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอมให้ถือว่าข้าพเจ้าไม่มีสถานะเป็นสมาชิกมาตั้งแต่วันสมัคร ไม่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์และให้ทางสมาคมคืนเฉพาะเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า และเงินค่าบำรุงรายปีให้แก่บุคคลที่ข้าพเจ้าแจ้งไว้ในใบสมัครด้วย

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน (ญาติที่ใกล้ชิด บิดา, มารดา, พี่ น้อง ฯลฯ)

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน (กรรมการ/เจ้าหน้าที่ศูนย์)

(.....) ตัวบรรจง



หนังสือแสดงเจตนาการให้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัว
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เป็น คู่สมรส บุตร บิดา/มารดา ของสมาชิก สสอ.รท.

ชื่อ.....ทะเบียนเลขที่..... สังกัดสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด

▪ เป็นเจ้าหน้าที่หน่วยราชการ เป็นสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ (กลุ่มวิชาชีพ).....เลขทะเบียนที่.....

ปัจจุบันข้าพเจ้าอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

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

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร.....

ทำงานในตำแหน่ง..... สถานที่ทำงาน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ที่ทำงาน..... ต่อ..... โทรสาร.....

(1) ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาให้บุคคลดังต่อไปนี้ เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวที่ สสอ.รท. พึ่งจ่าย

(1.1).....เกี่ยวข้องกับ.....
ที่อยู่.....โทร.....

(1.2).....เกี่ยวข้องกับ.....
ที่อยู่.....โทร.....

(1.3).....เกี่ยวข้องกับ.....
ที่อยู่.....โทร.....

โดยมีเงื่อนไขการรับดังนี้ ได้รับส่วนแบ่งเท่ากันทุกคน อื่น ๆ

ถ้าคนใดตายไปก่อนข้าพเจ้า ผู้นั้นเป็นอันหมดสิทธิ และหากมีเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าเหลืออยู่ ก็ให้มอบแก่ผู้มีสิทธิที่เหลืออยู่ ดังกล่าวข้างต้น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(2) ข้าพเจ้าในฐานะสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.) จะนำส่งเงินค่าบำรุงรายปี และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าหรือเงินสงเคราะห์ที่ใช้จ่ายตามที่เรียกเก็บ ส่งศูนย์ประสานงานที่สมัคร หรือ ส่งให้สมาคมภายในเดือนธันวาคมของทุกปี หรือภายในเวลาที่สมาคมฯ กำหนด

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร

(ลงชื่อ)..... ผู้จัดการศูนย์ประสานงานฯ

(ลงชื่อ)..... ประธานศูนย์ประสานงานฯ/กรรมการ สสอ.รท.

(.....)

หมายเหตุ ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องวิธีการจ่ายค่าจัดการศพ หรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัว การใช้จ่ายและการเก็บรักษาเงินของสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ วันที่ 27 ธันวาคม 2545 กำหนดให้บุคคลผู้ได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวจะต้องเป็นบุคคลในครอบครัว ดังนี้

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

หนังสือยินยอมให้หักเงินสงเคราะห์ครอบครัวเพื่อชำระหนี้

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ตามที่ นาย/นาง/นางสาว อายุ.....ปี หมายเลขประจำตัวของผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน.....สมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย(สสอ.รท.) และระบุให้ทายาทดังนี้

1.ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... อายุ.....ปี หมายเลขประจำตัวของผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น.....

2.ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... อายุ.....ปี หมายเลขประจำตัวของผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น.....

3.ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... อายุ.....ปี หมายเลขประจำตัวของผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น.....

เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวนั้น

ข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จำกัด หักเงินที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับดังกล่าวเพื่อชำระหนี้ของ นาย/นาง/นางสาว.....ซึ่งมีหนี้ค้างชำระกับสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ อยู่จนเสร็จสิ้นก่อน โดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือ

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(ลงชื่อ).....พยาน

(ลงชื่อ).....พยาน