



สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภรณสมาชิกของชุมชนสภรณออมทรพยแห่งประเทศไทย

เลขที่ 199/8 หมู่ที่ 2 ถนนนครอินทร์ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130

ที่:สส.ชสอ.ว. 16 / 2562

11 เมษายน 2562

เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิกกรณีพิเศษอายุไม่เกิน 65 ปี

เรียน ประธานกรรมการศูนย์ประสานงาน สส.ชสอ. ประจำสภรณออมทรพยทุกศูนย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย	1.ประกาศการรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. กรณีพิเศษอายุไม่เกิน 65 ปี	จำนวน 1 ชุด
	2.แบบฟอร์มการรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ.	จำนวน 1 ชุด
	3.แบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ สส.ชสอ.	จำนวน 1 ชุด
	4.แบบรายงานสุขภาพตนเอง	จำนวน 1 ชุด
	5.ใบแสดงความจำนงบริจาคเงินให้กับ สส.ชสอ.	จำนวน 1 ชุด

คณะกรรมการดำเนินการ สส.ชสอ. มีมติ ในคราวประชุมครั้งที่ 7/2562 (วาระพิเศษ) เมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2562 ให้เปิดรับสมัครสมาชิกกรณีพิเศษ สำหรับผู้ที่ยังไม่ถึง 65 ปี ประเภทสามัญและสมทบ เนื่องด้วยโอกาสพิเศษฉลองการเปิดอาคารสวัสดิการสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภรณออมทรพยไทย (สผ.สอ.)

อาศัยอำนาจตามข้อบังคับ สส.ชสอ. หมวด 4 ข้อ 9 วรรคสอง ในโอกาสอันสมควรคณะกรรมการอาจพิจารณาเปิดรับสมัครสมาชิกเป็นกรณีพิเศษ โดยยกเว้นคุณสมบัติในข้อ 9.1 (5) และ ข้อ 9.2 (8) **ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 30 มิถุนายน 2562** โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้

1.ประเภทสามัญ

- เป็นสมาชิกประเภทสามัญของสภรณออมทรพย
- มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ณ วันสมัคร
- อายุไม่เกิน 65 ปี (นับปี พ.ศ.ผู้ที่เกิดหลังปี พ.ศ.2497)

2.ประเภทสมทบ

- เป็นคู่สมรส ของสมาชิก สส.ชสอ.
- เป็นบิดา มารดา ของสมาชิกสามัญ สส.ชสอ.
- เป็นบุตร บุตรบุญธรรม ของสมาชิกสามัญ สส.ชสอ. (ที่บรรลุนิติภาวะ)
- เป็นเจ้าของบ้าน ของ สส.ชสอ.
- มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ณ วันสมัคร
- อายุไม่เกิน 65 ปี (นับปี พ.ศ.ผู้ที่เกิดหลังปี พ.ศ.2497)

3. ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกจะมีสมาชิกภาพสมบูรณ์ **ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2563** พร้อมได้ชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าบำรุงรายปี เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าตามอัตราที่สมาคมกำหนดและเงินบริจาค โดยให้เป็นเงินรอจ่ายจนกว่าคณะกรรมการพิจารณาอนุมัติ สมาชิกที่เสียชีวิต จะไม่ได้รับเงินสงเคราะห์ก่อนคณะกรรมการมีมติอนุมัติ ยกเว้นเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ ซึ่งหากคณะกรรมการไม่อนุมัติให้เป็นสมาชิก จะคืนเงินค่าสมัคร เงินค่าบำรุง เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าและเงินบริจาค ให้กับผู้สมัคร

4. ต้องเป็นสมาชิกสามัญสภรณออมทรพยมาแล้ว **ไม่น้อยกว่า 1 ปี**

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการแจ้งสมาชิกต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.ก๊ก ดอนสำราญ)

นายกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์

สภรณสมาชิกของชุมชนสภรณออมทรพยแห่งประเทศไทย





ประกาศสมาคมสถาปนิกสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย
เรื่อง หลักเกณฑ์การรับสมัครสมาชิกสมาคมสถาปนิกสงเคราะห์
สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย กรณีพิเศษอายุไม่เกิน 65 ปี

คณะกรรมการดำเนินการ สส.ชสอ. มีมติ ในคราวประชุมครั้งที่ 7/2562 (วาระพิเศษ) เมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2562 ให้เปิดรับสมัครสมาชิกกรณีพิเศษ สำหรับผู้ที่มีอายุไม่เกิน 65 ปี ประเภทสามัญและสมทบ เนื่องด้วยโอกาสพิเศษฉลองการเปิดอาคารสวัสดิการสถาปนิกสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ไทย (สธ.สอ.)

อาศัยอำนาจตามข้อบังคับ สส.ชสอ. หมวด 4 ข้อ 9 วรรคสอง ในโอกาสอันสมควรคณะกรรมการอาจพิจารณาเปิดรับสมัครสมาชิกเป็นกรณีพิเศษ โดยยกเว้นคุณสมบัติในข้อ 9.1 (5) และ ข้อ 9.2 (8) **ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 30 มิถุนายน 2562** โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้

1 คุณสมบัติสมาชิกมี 2 ประเภท ดังนี้

1.1 ประเภทสามัญ ต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

- 1.1.1 เป็นสมาชิกประเภทสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์
- 1.1.2 มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ณ วันสมัคร
- 1.1.3 อายุไม่เกิน 65 ปี (นับปี พ.ศ.ผู้เกิดหลังปี พ.ศ.2497)

1.2 ประเภทสมทบ ต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

- 1.2.1 เป็นคู่สมรส ของสมาชิก สส.ชสอ.
- 1.2.2 เป็นบิดา มารดา ของสมาชิกสามัญ สส.ชสอ.
- 1.2.3 เป็นบุตร บุตรบุญธรรม ของสมาชิกสามัญ สส.ชสอ. (ที่บรรลุนิติภาวะ)
- 1.2.4 เป็นเจ้าหน้าที่ ของ สส.ชสอ.
- 1.2.5 มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ณ วันสมัคร
- 1.2.6 อายุไม่เกิน 65 ปี (นับปี พ.ศ.ผู้เกิดหลังปี พ.ศ.2497)

1.3 ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกจะมีสมาชิกภาพสมบูรณ์ ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2563 พร้อมได้ชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าบำรุงรายปี เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าตามอัตราที่สมาคมกำหนดและเงินบริจาค โดยให้เป็นเงินร่อยจ่ายจนกว่าคณะกรรมการพิจารณาอนุมัติ สมาชิกที่เสียชีวิตจะไม่ได้รับเงินสงเคราะห์ก่อนคณะกรรมการมีมติอนุมัติ ยกเว้นเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ ซึ่งหากคณะกรรมการไม่อนุมัติให้เป็นสมาชิก จะคืนเงินค่าสมัคร เงินค่าบำรุง เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าและเงินบริจาค ให้กับผู้สมัคร

1.4 ต้องเป็นสมาชิกสามัญสหกรณ์ออมทรัพย์มาแล้ว ไม่น้อยกว่า 1 ปี



2 **แบบฟอร์มการสมัคร**

2.1 ใบสมัคร พร้อมหนังสือแสดงเจตจำนงการมอบอำนาจผู้รับเงินสงเคราะห์ ให้ใช้ตามแบบที่สมาคมกำหนด

2.2 ขอรับแบบฟอร์มใบสมัครที่สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด หรือดาวน์โหลดจาก www.fscct.or.th

3 **หลักฐาน**

3.1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรข้าราชการ

3.2 สำเนาทะเบียนบ้าน

3.3 ต้องใช้ใบรับรองแพทย์ที่เป็นแบบฟอร์มของ สส.ชสอ. (เฉพาะผู้สมัครกรณีพิเศษ ผู้ที่มีอายุ 57-65 ปี)

3.4 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับเงินสงเคราะห์

3.5 สำเนาเอกสารประกอบอื่นๆ ตามที่กำหนด เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ นามสกุล เป็นต้น

3.6 สำเนาใบสำคัญแสดงการจดทะเบียนสมรส กรณีสมาชิกสมทบ สำหรับผู้ที่ขอใช้คำนำหน้านาม “นางสาว” หรือใช้นามสกุลเดิมต้องแนบ แบบ ค.ร. 2 ที่ทางราชการออกให้ จำนวน 2 ฉบับ

3.7 ทะเบียนรับรองบุตร (กรณีเป็นสมาชิกสมทบประเภทบุตรบุญธรรม)

3.8 ใบแสดงความจำนงบริจาคเงินให้กับ สส.ชสอ.

3.9 ภาพถ่ายผู้สมัครสมาชิก ณ ตอนสมัคร

4 **การสมัคร**

4.1 สมัครพร้อมเอกสารหลักฐานด้วยตนเองที่สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดที่เป็นศูนย์ประสานงานของสมาคมฯ

สำหรับสมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ที่ยังไม่เป็นศูนย์ประสานงาน ให้ยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารหลักฐานด้วยตนเอง ณ ที่สมาคมฯ ชั้น 6 เลขที่ 199/8 หมู่ที่ 2 ถนนนครอินทร์ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี หรือ ณ ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์ประจำจังหวัดนั้นๆ

4.2 กำหนดเปิดรับสมัครสมาชิกกรณีพิเศษ อายุไม่เกิน 65 ปี **ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 30**

มิถุนายน 2562

4.3 ผู้สมัครสมาชิก สส.ชสอ. กรณีพิเศษต้องชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าเพื่อบริจาคเข้า “กองทุนเพื่อความมั่นคง” ซึ่งมีวัตถุประสงค์เก็บไว้ ดังนี้

1. เพื่อใช้ชดเชยเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าไม่พอจ่ายของสมาชิกลาออก

2. เพื่อใช้ชดเชยเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าไม่พอจ่ายของสมาชิกที่สิ้นสุดสมาชิกภาพ

3. เพื่อนำรายได้ที่เกิดจากเงินกองทุนมาใช้เป็นสวัสดิการ หรือช่วยเหลือแก้ไขปัญหา โดยให้เป็นไป

ตามมติของคณะกรรมการ



ตารางรายละเอียดการชำระเงินการรับสมัครสมาชิกกรณีพิเศษ

ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม – 30 มิถุนายน 2562

ลำดับ	รอบการสมัคร	อายุผู้สมัคร	พ.ศ. เกิด	เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าปี 2562			จำนวนปีของการคิดเงินบริจาคย้อนหลังเข้ากองทุน	เงินสงเคราะห์บริจาคเข้ากองทุน	รวม จำนวนเงินทั้งสิ้น
				เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า	ค่าสมัคร	ค่าบำรุง			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(8)*4,800=(9)	(5)+(6)+(7)+(9)=(10)
1	รอบปกติ	อายุไม่เกิน 56 ปี	2506	4,800	20	20	-	-	4,840
2	รอบพิเศษ	อายุ 57 ปี	2505	4,800	20	20	1	4,800	9,640
3		อายุ 58 ปี	2504	4,800	20	20	2	9,600	14,440
4		อายุ 59 ปี	2503	4,800	20	20	3	14,400	19,240
5		อายุ 60 ปี	2502	4,800	20	20	4	19,200	24,040
6		อายุ 61 ปี	2501	4,800	20	20	5	24,000	28,840
7		อายุ 62 ปี	2500	4,800	20	20	6	28,800	33,640
8		อายุ 63 ปี	2499	4,800	20	20	7	33,600	38,440
9		อายุ 64 ปี	2498	4,800	20	20	8	38,400	43,240
10		อายุ 65 ปี	2497	4,800	20	20	9	43,200	48,040

5 ขั้นตอนการดำเนินงาน เป็นไปตามการเปิดรับสมัครรอบปกติ ดังนี้

ลำดับ	รายการ	วัน/เดือน/ปี
1	รับสมัคร พร้อมกรอกข้อมูลในระบบ	1 พ.ค. – 30 มิ.ย. 2562
2	ส่งใบรับรองแพทย์ และส่งเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า พร้อมเงินบริจาค มายังสมาคม	ภายใน 15 ก.ค. 2562
3	สมาคมฯ ประชุมพิจารณาคุณสมบัติ	20 -25 ก.ค. 2562
4	สมาชิกได้รับสิทธิสมาชิกภาพ สส.ชสอ.	1 ส.ค. 2563

- การโอนเงิน

- ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 468-0-31959-8 สาขาบางกรวย ประเภทกระแสรายวัน
- ธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี 108-6-08932-4 สาขานนทบุรี ประเภทกระแสรายวัน

(หมายเหตุ ให้โอนเงินให้สมาคม 2 บัญชีนี้เท่านั้น ในระบบ Bill Payment ตามเอกสารที่แนบมา และถ้าไม่ชำระเงินภายในกำหนด สมาชิกจะได้รับสิทธิในรอบต่อไป)



6 ติดต่อสอบถาม

1. **ที่ตั้งสำนักงาน** สำนักงาน ชสอ. ชั้น 6 เลขที่ 199/8 หมู่ 2 ถนนศรีจันทร์ ต.บางสีทอง อ.บางกรวย จ.นนทบุรี 11130

2. เบอร์ติดต่อ

- โทรศัพท์สำนักงาน : 0-2496-1251-2

- โทรสาร : 0-2496-1253

- เบอร์โทรศัพท์ ฝ่ายธุรการ : 09-2208-1162

- เบอร์โทรศัพท์ ฝ่ายทะเบียน : 08-1826-1140 , 09-2208-1316

- เบอร์โทรศัพท์ ฝ่ายการเงิน : 08-1826-1104 , 09-2208-1317

- เบอร์โทรศัพท์ ฝ่ายบัญชี : 08-1907-2641

3. ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด

ทั้งนี้ขอให้ศูนย์ประสานงานประชาสัมพันธ์ให้สมาชิกทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 11 เมษายน พ.ศ. 2562

(ดร.กิ๊ก ดอนสำราญ)

นายกสมาคมฯ ปณิกสงเคราะห์

สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย



โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

สส.ชสอ. ส.1/1 (สามัญ)

เอกสารประกอบ :

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยน ชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์ของรัฐฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
7. แบบรายงานสุขภาพตนเอง



สมัครผ่าน

- ศูนย์ประสานงาน
 ศูนย์ประสานงานระดับจังหวัด

เลขมาปนกิจ.....

รอบการสมัคร/.....

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ กรณีพิเศษ อายุไม่เกิน 65 ปี

สมาคมมาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์สมาชิกของชุมนุมสภกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

(1) ข้อมูลสมาชิก

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง

สถานภาพ โสด สมรส คู่สมรสชื่อ..... หย่า หรือ หม้าย

สมาชิกสามัญของสภกรณ์ออมทรัพย์.....เลขทะเบียนสมาชิก.....

(2) ข้อมูลดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ เป็น

ครู สาธารณสุข ทหาร ตำรวจ ราชการ รัฐวิสาหกิจ ประกอบการ

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.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์มือถือ.....E-Mail.....

(5) การชำระเงิน

(5.1) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก จำนวน 4,840 บาท ดังนี้

ชำระเป็นเงินสด ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน

(5.2) การชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้ารายปีครั้งต่อไป โดยให้สภกรณ์หักจาก ดังนี้

ชำระเป็นรายปี (12 งวด) ชำระจากเงินปันผล,เฉลี่ยคืน

ชำระเป็นราย 3 เดือน (4 งวด) ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน

ชำระเป็นราย 6 เดือน (2 งวด) ชำระจากการเก็บเงินล่วงหน้า จากเงินกู้สามัญ

ชำระจากบัญชีโครงการฝากเพื่อสวัสดิการ/เงินฝากในสภกรณ์สมาชิก

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมมาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์สมาชิกของชุมนุมสภกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. รวมทั้งได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร และชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าครบถ้วน ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สส.ชสอ. เรื่องรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการศูนย์ประสานงาน

เรียน นายก สส.ชสอ.

ตรวจสอบแล้วรับรองว่า สมาชิกมีคุณสมบัติครบถูกต้อง

เห็นควรรับเป็นสมาชิก สส.ชสอ.

ไม่ควรรับเป็นสมาชิก สส.ชสอ. เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจเสนอ (แล้วแต่กรณี)

เหมัญญิก/เลขานุการ ศูนย์ฯ

อุปนายก ศูนย์ฯ

ประธานศูนย์ฯ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ สส.ชสอ.

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ถูกต้องตามที่ศูนย์ประสานงานแจ้งให้กับทาง สส.ชสอ.ทราบแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการ สส.ชสอ.

คำสั่ง อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สส.ชสอ. ตั้งแต่วันที่.....
(คราวประชุมเมื่อวันที่.....)

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

เหมัญญิก/เลขานุการ สส.ชสอ.

อุปนายก สส.ชสอ.

นายก สส.ชสอ.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภครณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1.ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขทะเบียนสมาชิก.....
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....
ทำงานประจำในตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน.....ต่อ.....

2.หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิให้.....
บัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สส.ชสอ. พึ่งจ่าย หลังจากหักเงินค่าจัดการศพให้บุคคลที่ระบุไว้
และยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้
ให้เสร็จสิ้นเท่ากับจำนวนหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้

3.1บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

3.2บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

3.3บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

3.4บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

3.5บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ
ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ)ผู้ให้คำยินยอม (ลงชื่อ)พยาน

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

ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคล(ตามข้อบังคับ ฯ หมวด 7 ข้อ 23 และประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมฯ วิธีการจ่ายค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ ข้อ 3) ดังต่อไปนี้

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1.1 สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา | 1.4 ญาติสายตรง |
| 1.2 พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน | 1.5 ลูก ป้า น้า อา |
| 1.3 พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน | 1.6 ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู |
- ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯจ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 1. ตามลำดับ

ก่อนหลัง ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯแบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อนโดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

2.1.....เกี่ยวข้องเป็น..... (ลงชื่อ).....	2.4.....เกี่ยวข้องเป็น..... (ลงชื่อ).....
2.2.....เกี่ยวข้องเป็น..... (ลงชื่อ).....	2.5.....เกี่ยวข้องเป็น..... (ลงชื่อ).....
2.3.....เกี่ยวข้องเป็น..... (ลงชื่อ).....	2.6.....เกี่ยวข้องเป็น..... (ลงชื่อ).....

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ :

- 1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ
- 2. สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3. สำเนาทะเบียนสมรส
- 4. ใบสำคัญการเปลี่ยน ชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
- 5. ใบรับรองแพทย์ของรัฐฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- 6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
- 7. แบบรายงานสุขภาพตนเอง
- 8. ทะเบียนรับรองบุตร



ประเภทสมทบ	
<input type="radio"/> คู่สมรส	<input type="radio"/> บิดา
<input type="radio"/> มารดา	<input type="radio"/> บุตร
<input type="radio"/> บุตรบุญธรรม	

เลขมาปนกิจ.....

รอบการสมัคร/.....

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสมทบ กรณีพิเศษ อายุไม่เกิน 65 ปี

สมาคมมาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(1) ข้อมูลสมาชิก

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

เลขประจำตัวประชาชน -

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง

สถานภาพ โสด สมรส คู่สมรสชื่อ..... หย่า หรือ หม้าย

มาสมัครสมาชิกสมทบของนาย/นาง/นางสาว เป็นสมาชิกสามัญ

สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ เลขทะเบียนสมาชิก

(2) ข้อมูลดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ เป็น

ครู สาธารณสุข ทหาร ตำรวจ ราชการ รัฐวิสาหกิจ ประกอบการ อื่นๆระบุ.....

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..... โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ..... Email.....

(5) การชำระเงิน

(5.1) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก จำนวน 4,840 บาท ดังนี้

ชำระเป็นเงินสด ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน

(5.2) การชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้ารายปีครั้งต่อไป โดยให้สหกรณ์หักจาก ดังนี้

ชำระเป็นรายเดือน (12 งวด) ชำระจากเงินปันผล,เฉลี่ยคืน

ชำระเป็นราย 3 เดือน (4 งวด) ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน

ชำระเป็นราย 6 เดือน (2 งวด) ชำระจากการเก็บเงินล่วงหน้า จากเงินกู้สามัญ

ชำระจากบัญชีโครงการฝากเพื่อสวัสดิการ/เงินฝากในสหกรณ์สมาชิก

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมมาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. รวมทั้งได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร และชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าครบถ้วน ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สส.ชสอ. เรื่องรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการศูนย์ประสานงาน

เรียน นายก สส.ชสอ.

ตรวจสอบแล้วรับรองว่า สมาชิกมีคุณสมบัติครบถูกต้อง

เห็นควรรับเป็นสมาชิก สส.ชสอ.

ไม่ควรรับเป็นสมาชิก สส.ชสอ. เนื่องจาก.....

.....

ผู้มีอำนาจเสนอ (แล้วแต่กรณี)

เภรัญญิก/เลขานุการ ศูนย์ฯ

อุปนายก ศูนย์ฯ

ประธานศูนย์ฯ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ สส.ชสอ.

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สส.ชสอ. เรื่องรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการ สส.ชสอ.

คำสั่ง อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สส.ชสอ. ตั้งแต่วันที่.....
(คราวประชุมเมื่อวันที่.....)

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

เภรัญญิก/เลขานุการ สส.ชสอ.

อุปนายก สส.ชสอ.

นายก สส.ชสอ.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภครณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1.ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์..... เลขทะเบียนสมาชิก.....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....

ทำงานประจำในตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....ต่อ.....

2.หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิให้.....

บัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สส.ชสอ. พึ่งจ่าย หลังจากหักเงินค่าจัดการศพให้บุคคลที่ระบุไว้ และยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ ให้เสร็จสิ้นเท่ากับจำนวนหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้

3.1บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

3.2บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

3.3บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

3.4บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

3.5บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ)ผู้ให้คำยินยอม (ลงชื่อ)พยาน

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

ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคล(ตามข้อบังคับ ฯ หมวด 7 ข้อ 23 และประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมฯ วิธีการจ่ายค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ ข้อ 3) ดังต่อไปนี้

- 1.1 สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา
- 1.2 พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน
- 1.3 พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน
- 1.4 ปู่ ย่า ตา ยาย
- 1.5 หลง ป้า น้า อา
- 1.6 ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู

ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯจ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 1. ตามลำดับก่อนหลัง ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯแบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อนโดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

2.1.....เกี่ยวข้องกับ..... (ลงชื่อ).....	2.4.....เกี่ยวข้องกับ..... (ลงชื่อ).....
2.2.....เกี่ยวข้องกับ..... (ลงชื่อ).....	2.5.....เกี่ยวข้องกับ..... (ลงชื่อ).....
2.3.....เกี่ยวข้องกับ..... (ลงชื่อ).....	2.6.....เกี่ยวข้องกับ..... (ลงชื่อ).....



ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่

ได้ทำการตรวจสอบประวัติและตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....

เลขบัตรประชาชน อายุ ปี วันเดือนปีเกิด

ปรากฏว่า

- นาย/นาง/นางสาว.....
- (1) มีสุขภาพแข็งแรง
- (2) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- (3) ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
- (4) ไม่มีประวัติการรักษาโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้
- (4.1) โรคมะเร็งทุกชนิด ทุกระยะ
- (4.2) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด
- (4.3) โรควิธโรคในระยะอันตราย
- (4.4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
- (4.5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- (5) โรคร้ายแรงอื่นๆ ตามที่แพทย์ระบุ

ลงชื่อ

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย
(โปรดประทับตราสถานพยาบาลของรัฐ)

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
- (3) หากพบว่าเป็นโรค ตามข้อ (4), (5) หรือตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย สส.ชสอ. ไม่รับเป็นสมาชิก
- (4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่ สส.ชสอ. กำหนดนี้เท่านั้น เพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สส.ชสอ.



แบบรายงานสุขภาพตนเอง

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสหกรณ์.....

เลขที่สหกรณ์.....ได้ทำการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. รอบการสมัครที่.....

และได้ขอใบรับรองแพทย์จาก.....และขอเรียนว่าระยะเวลาที่

ผ่านมาข้าพเจ้าได้ตรวจหรือไม่ได้ตรวจในโรคต่อไปนี้

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....(ผู้สมัครสมาชิก สส.ชสอ.)

ตัวบรรจง(.....)



ใบแสดงความจำนงบริจาคเงินให้กับ สส.ชสอ.

เขียนที่

วันที่

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....เลขทะเบียนสมาชิก.....
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....
เลขบัตรประชาชน..... เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....มือถือ.....

มีความประสงค์ **จ่ายเงินบริจาค** เข้า “กองทุนเพื่อความมั่นคง” เพื่อใช้ตามวัตถุประสงค์ของกองทุน เป็นจำนวนเงิน
.....บาท (.....บาทถ้วน) เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน ข้าพเจ้าขอ
รับรองว่าเป็นไปด้วยความสมัครใจโดยไม่มีผู้ใดบังคับทั้งสิ้น

ลงชื่อ.....สมาชิก

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)