

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน, สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัครและผู้รับเงินสงเคราะห์ทุกราย
2. สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล(ถ้ามี)
3. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง (สถานพยาบาลของรัฐ) มีอายุไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
4. ใบรับรองสุขภาพตนเอง
5. กรณีที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ ต้องมีหลักฐานแสดงสังกัด
6. สำเนาใบทะเบียนสมรส กรณีสมัครคู่สมรส
7. หลักฐานที่เกี่ยวข้อง

ใบสมัครสมาชิกสมทบ (กรณีพิเศษ) ปี 2561

(ระบุกลุ่มอาชีพ)



เลขประจำตัวสมาชิก สสอ.รท.....

สมาคมคณาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

(1) เป็นคู่สมรสของ นาย/นาง/นางสาว..... สมาชิก สสอ.รท. ทะเบียนคณาปนกิจเลขที่..... (แนบสำเนาใบทะเบียนสมรส)

เป็นบิดา/มารดา/บุตร/บุตรบุญธรรม ของ นาย/นาง/นางสาว..... สมาชิก สสอ.รท. ทะเบียนคณาปนกิจเลขที่.....(แนบเอกสารที่เกี่ยวข้อง)

เป็นสมาชิกสมาคมคณาปนกิจสงเคราะห์ วิชาชีพอื่น ระบุวิชาชีพ..... เลขทะเบียนที่ รอบการสมัคร พ.ศ.....

เป็นเจ้าหน้าที่หน่วยราชการ.....(แนบหลักฐาน)

(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 20.- บาท ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 20.- บาท
 เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าสำหรับปี 2561 เป็นเงิน 4,500.- บาท

(6.2) บริจาคเงินเข้ากองทุนเพื่อพัฒนากิจการและจัดการความเสี่ยง จำนวน บาท

(6.3) วิธีการชำระเงิน

กรณีสหกรณ์รับเป็นศูนย์ประสานงาน

- ชำระที่ศูนย์ประสานงาน / โอนเข้าบัญชีศูนย์ประสานงาน

กรณีสมัครตรงที่สมาคมฯ

- โอนเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 468 0 32040 0 ทาง Bill Payment
 โอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี 987-3-26395-0 และส่งสำเนาให้สมาคม

(7) การชำระเงินครั้งต่อไป เพื่อต่อสมาชิกภาพ (ประมาณเดือนธันวาคมของทุกปี)

กรณีสหกรณ์รับเป็นศูนย์ประสานงาน

- ชำระที่ศูนย์ประสานงาน / โอนเข้าบัญชีศูนย์ประสานงาน

กรณีสมัครตรงที่สมาคมฯ

- โอนเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 468 0 32040 0 ทาง Bill Payment
 โอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี 987-3-26395-0 และส่งสำเนาให้สมาคม

สมาชิกสมทบที่เป็นคู่สมรส บิดา มารดา และบุตร ของสมาชิกสามัญที่สมัครตั้งแต่ มกราคม 2561 จะต้องพ้นสมาชิกภาพในกรณีที่สมาชิกสามัญผู้นั้นลาออก/พ้นสภาพ ยกเว้นกรณีเสียชีวิต

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับสมาคมฯ ปกป้องสิทธิของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทยแล้ว มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขต่างๆ 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 | - สมัครที่ศูนย์ประสานงาน/สมาคม |
| - เป็นเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานราชการ | - สมัครด้วยตนเองที่สมาคม |
| - เป็นสมาชิกสมาคมฯ ปกป้องสิทธิของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการ | - สมัครด้วยตนเองที่สมาคม |



สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว).....
มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิกสหบท สสอ.รท. ตามข้อบังคับข้อ 10.2 และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อม
ชำระเงินค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า และอื่นๆ ตามข้อบังคับ ระเบียบและประกาศของสมาคมคณบดี
สหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการไทย เรื่องการรับสมัครสมาชิกหรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

- เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิกสหบท สสอ.รท.
- ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงานหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

ความเห็นคณะกรรมการสมาคม สสอ.รท.

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

ผู้มีอำนาจอนุมัติ

1. นายกสมาคม สสอ.รท.
2. กรรมการ สสอ.รท. ปฏิบัติหน้าที่แทนนายก
สสอ.รท.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วัน..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว.....อายุ.....ปี

ปรากฏว่า

นาย/นาง/นางสาว.....

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ดังนี้

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ
- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - (2) แพทย์สรุปความเห็นว่าเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือเป็นโรคใด ระบุโรค.....
 - (3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
 - (4) กรณีใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบฟอร์ม สสอ.รท.2/1 ต้องประทับตราโรงพยาบาลของรัฐที่แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกายสังกัดให้ชัดเจน หรือใช้ใบรับรองแพทย์ของโรงพยาบาลนั้น ๆ



แบบรายงานสุขภาพตนเอง

สมาคมผู้ประกอบการโรงแรมและภัตตาคารไทย (สสอ.รท.)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด

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

ได้แนบใบรับรองแพทย์จาก.....แล้ว

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. โรคเมเร็งทุกชนิด ทุกระยยะ ไม่เคย เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน.....พ.ศ.....
 เป็นโรคนี้ ไม่เป็นโรคนี้
5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (โรคเอดส์) ไม่เคย เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน.....พ.ศ.....
 เป็นโรคนี้ ไม่เป็นโรคนี้

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่าข้อความตามที่แจ้ง 1-5 เป็นความจริง หากข้าพเจ้า
รู้และเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแถลงข้อความนั้นเป็นเท็จ หรือเสียชีวิตด้วยโรคตามข้อ 1-5 ภายในเวลา 90 วัน
นับแต่วันที่กรรมการมีมติรับเข้าเป็นสมาชิกข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดสิทธิ์พ้นสมาชิกภาพตามข้อบังคับ สสอ.รท. ข้อ 10.3(3)
และข้อ 12

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)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 รัฐวิสาหกิจ
 สถานประกอบการ ทหาร ตำรวจ อื่น ๆ 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.....
- (1.2).....เกี่ยวข้องกับ.....
ที่อยู่.....
- (1.3).....เกี่ยวข้องกับ.....
ที่อยู่.....

โดยมีเงื่อนไขการรับดังนี้ ได้รับความแบ่งเท่ากันทุกคน อื่น ๆ

ถ้าคนใดตายไปก่อนข้าพเจ้า ผู้นั้นเป็นอันหมดสิทธิ และหากมีเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าเหลืออยู่ ก็ให้มอบแก่ผู้มีสิทธิที่เหลืออยู่ดังกล่าวข้างต้น

(2) ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ หายหนังสือนี้

(3) ข้าพเจ้าในฐานะสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.) จะนำส่งเงินค่าบำรุงรายปี และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าหรือเงินสงเคราะห์ใช้เงินตามที่เรียกเก็บ ส่งศูนย์ประสานงานที่สมัคร หรือ ส่งให้สมาคมภายในเดือนธันวาคมของทุกปี หรือภายในเวลาที่สมาคมฯ กำหนด

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร
(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร
(ลงชื่อ)..... ผู้จัดการศูนย์ประสานงานฯ
(ลงชื่อ)..... 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



ใบแสดงความจำนงบริจาคเงินโดยสมัครใจ
ให้สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)
เข้ากองทุนเพื่อการพัฒนากิจการและจัดการความเสี่ยง

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ปัจจุบันอายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....เบอร์มือถือ.....

มีความประสงค์ จะบริจาคเงินให้สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย เพื่อใช้ใน
กองทุนเพื่อการพัฒนากิจการและจัดการความเสี่ยง

- จำนวน 4,500.00 บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน)
- จำนวน 9,000.00 บาท (เก้าพันบาทถ้วน)
- จำนวน 13,500.00 บาท (หนึ่งหมื่นสามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)