



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

เขียนที่ วันที่ เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

เลขประจำตัวประชาชน - อายุ ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- 3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
- 4. **ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้**
 - (4.1) โรคเมร็ง ไม่มี มี ระบุ.....
 - (4.2) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด ไม่มี มี ระบุ.....
 - (4.3) โรคหัวใจในระยะอันตราย ไม่มี มี ระบุ.....
 - (4.4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง ไม่มี มี ระบุ.....
 - (4.5) โรคเอดส์ ไม่มี มี ระบุ.....
 - (4.6) โรคเอสแอลอี (SLE) ไม่มี มี ระบุ.....
 - (4.7) โรคตับแข็ง ไม่มี มี ระบุ.....
 - (4.8) โรคปอดเรื้อรัง ไม่มี มี ระบุ.....
 - (4.9) ภาวะไตวาย (ล้างไต) ไม่มี มี ระบุ.....
- 5. โรคร้ายแรงอื่นๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่า บันทึกถ้อยคำดังกล่าวที่ได้ให้ไว้ ข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ **หากบันทึกถ้อยคำที่ได้แจ้งไว้ไม่ตรงกับความเป็นจริงแล้ว ขอให้ สส.ชสอ. ตัดสิทธิให้ข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติการเป็นสมาชิกได้ตามมติคณะกรรมการ สส.ชสอ. ข้าพเจ้าและผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิและใช้สิทธิใดๆ ในการที่ได้รับเงินสงเคราะห์ตามที่กำหนด เมื่อข้าพเจ้าได้เสียชีวิตตามข้อ (4.1)-(4.9) ทั้งสิ้น**

ข้าพเจ้าได้รับทราบเงื่อนไขและข้อกำหนดแล้วว่าภายใน 1 ปีนับแต่ที่ สส.ชสอ. มีมติรับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว หากข้าพเจ้าเสียชีวิตไปก่อนครบกำหนด 1 ปี ทาง สส.ชสอ. จะไม่จ่ายเงินสงเคราะห์ให้ผู้รับเงินสงเคราะห์

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า และขอมอบอำนาจให้ สส.ชสอ. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ

ตัวบรรจง (.....)

(ผู้สมัครสมาชิก สส.ชสอ.)

ลงชื่อ

ลงชื่อ

ตัวบรรจง (.....)

ตัวบรรจง (.....)

พยาน (เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน)

พยาน (ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)