

## เอกสารประกอบ :

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยน ชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
6. แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง



## สมัครผ่าน

- ศูนย์ประสานงาน  
 ศูนย์จังหวัด  
 สมัครตรง

เลขมาปนกิจ.....

รอบการสมัคร.....

## ใบสมัครสมาชิกประเภทสามัญ

## สมาคมมาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกขบวนการสหกรณ์ไทย (สส.ส.ก.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

## 1. ข้อมูลสมาชิก

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

เลขประจำตัวประชาชน --- เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เพศ  ชาย  หญิง สถานภาพ  โสด  สมรส คู่สมรสชื่อ.....  หย่า หรือ หม้ายเป็นสมาชิกประเภทสามัญของสหกรณ์  การเกษตร  นิคม  ออมทรัพย์  บริการ  ประมง  เคาริตตยูเนี่ยน  ร้านค้า  
ชื่อสหกรณ์..... เลขที่สมาชิก .....

## 2. ข้อมูลดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่

สถานที่ปฏิบัติงาน/ชื่อหน่วยงาน.....ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์(ที่ทำงาน).....

## 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.....โทรศัพท์มือถือ.....Email.....

## 5. การชำระเงิน ดังนี้

## 5.1 การชำระเงิน ดังนี้

ค่าสมัคร	100 บาท
ค่าบำรุงรายปี	50 บาท
เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า	1,250 บาท
รวมเป็นเงิน	1,400 บาท

## 5.2 การชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้ารายปีครั้งต่อไป โดยให้สหกรณ์หักจาก ดังนี้

- ชำระเป็นเงินสด  
 ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน  
 ชำระจากเงินปันผล, เฉลี่ยคืน  
 โอนเงินเข้าบัญชีสมาคมหรือศูนย์ประสานงาน  
 อื่น ๆ.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

### สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.สก. รวมทั้งได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร พร้อมชำระเงินค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี เงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ครบถ้วน ประกาศ สส.สก. เรื่องรับสมัครสมาชิก สส.สก. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

### สำหรับคณะกรรมการศูนย์ประสานงาน

เรียน นายก สส.สก.

ตรวจสอบแล้วรับรองว่า สมาชิกมีคุณสมบัติครบถูกต้อง

เห็นควรรับเป็นสมาชิก สส.สก.

ไม่ควรรับเป็นสมาชิก สส.สก. เนื่องจาก.....

.....

#### ผู้มีอำนาจเสนอ (แล้วแต่กรณี)

เหมัญญิก/เลขานุการ ศูนย์ฯ

รองประธานศูนย์ฯ

ประธานศูนย์ฯ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

### สำหรับคณะกรรมการ สส.สก.

คำสั่ง  อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สส.สก. ตั้งแต่วันที่.....

(คราวประชุมเมื่อวันที่.....)

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

.....

#### ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

เหมัญญิก/เลขานุการ สส.สก.

อุปนายก สส.สก.

นายก สส.สก.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์  
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกขบวนการสหกรณ์ไทย (สส.สก.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

2. หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิให้ นาย/นาง/นางสาว.....  
เลขประจำตัวประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น..... เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สส.สก. พึงจ่าย หลังจากหักเงินค่าจัดการศพให้บุคคลที่ระบุ และ  
ยินยอมให้กับสหกรณ์.....จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ให้เสร็จสิ้นเท่ากับ  
จำนวนหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้

- 3.1 .....เลขประจำตัวประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....
- 3.2 .....เลขประจำตัวประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....
- 3.3 .....เลขประจำตัวประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....
- 3.4 .....เลขประจำตัวประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....
- 3.5 .....เลขประจำตัวประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ) .....ผู้ให้คำยินยอม (ลงชื่อ) .....พยาน

(.....) (.....)

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

(.....) (.....)

**ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้**

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคลตามข้อบังคับ หมวด 7 ข้อ 24 และประกาศกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) วิธีการจ่ายค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ ข้อ 3 ดังต่อไปนี้

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

ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมจ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 1 ตามลำดับก่อนหลัง ถ้ามีผู้ อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯ แบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนใน สัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอมให้สหกรณ์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อนโดยขอรับเฉพาะส่วน ที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... อายุ.....ปี
วัน/เดือน/ปีเกิด..... เลขประจำตัวประชาชน..... ได้ทำการสมัครสมาชิก สส.สก.
รอบสมัครเดือน.....และขอใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาล.....

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สส.สก. ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

Table with 4 columns: Disease name, 'ไม่มี' (No), 'มี' (Yes), and 'ระบุ' (Specify). Rows include 4.1 โรคมะเร็ง, 4.2 โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด, 4.3 โรคฉีกขาดในกระดูกสันหลัง, 4.4 โรคเบาหวานขั้นรุนแรง, 4.5 โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง(โรคเอดส์), 4.6 โรคไตวายเรื้อรัง, 4.7 โรคปอดเรื้อรัง, 4.8 โรคตับแข็ง, 4.9 โรคเอสแอลอี (SLE)

5. โรคร้ายแรงอื่น ๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่า บันทึกถ้อยคำดังกล่าวที่ได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอัน
เป็นเท็จแล้ว ขอให้ สส.สก. ตัดสิทธิ์ให้ข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติการเป็นสมาชิกได้ตามมติคณะกรรมการ สส.สก. ข้าพเจ้าและผู้รับเงิน
สงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์ใด ๆ และขอสงวนสิทธิ์ในการที่จะได้รับเงินสงเคราะห์เมื่อข้าพเจ้าได้เสียชีวิตตามข้อ 4.1 - 4.9
ทั้งสิ้นหากเสียชีวิตใน 1 ปี

ข้าพเจ้าได้รับทราบเงื่อนไข และยินยอมเปิดเผยประวัติของข้าพเจ้าและขอมอบอำนาจให้ สส.สก. ขอประวัติการรักษาของ
ข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้สมัครสมาชิก สส.สก.

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

(เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสาน)

งานลงชื่อ.....พยาน

(.....)

(ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)

<p>โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง</p> <p>เอกสารประกอบ :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ</li> <li>2. สำเนาทะเบียนบ้าน</li> <li>3. สำเนาทะเบียนสมรส</li> <li>4. ใบสำคัญการเปลี่ยน ชื่อ-สกุล (ถ้ามี)</li> <li>5. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์</li> <li>6. แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง/ใบเสร็จของ สอ.</li> <li>7. ทะเบียนรับรองบุตร</li> </ol>
--



<p>สมัครผ่าน</p> <p><input type="radio"/> ศูนย์ประสานงาน</p> <p><input type="radio"/> ศูนย์จังหวัด</p> <p><input type="radio"/> สมัครตรง</p>
--

เลขมาปนกิจ.....  
 รอบการสมัคร.....

ใบสมัครสมาชิกประเภทสมทบ  
 สมาคมมาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกขบวนการสหกรณ์ไทย (สส.สก.)

เขียนที่.....  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(1) ข้อมูลสมาชิก

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี  
 เลขประจำตัวประชาชน --- เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
 เพศ  ชาย  หญิง สถานภาพ  โสด  สมรส คู่สมรสชื่อ.....  หย่า หรือ หม้าย  
 1.1 เป็นสมาชิกประเภทสมทบของสหกรณ์  การเกษตร  นิคม  ออมทรัพย์  บริการ  ประมง  เครดิตยูเนียน  ร้านค้า  
 ชื่อสหกรณ์..... เลขที่สมาชิก.....  
 1.2 เป็นเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานสมาคม.....  
 1.3 เป็นบุคคลในครอบครัวของสมาชิกสามัญสมาคมมาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกขบวนการสหกรณ์ไทย  
 ประเภท  คู่สมรส  บุตร  บุตรบุญธรรม  บิดา  มารดา  
 ของ(สมาชิกสามัญ)..... เลขที่สมาชิก.....  
 1.4 เป็นบุคคลในครอบครัวของสมาชิกสามัญสมาคมมาปนกิจสมาชิกสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ไทยทุกสมาคม  
 ประเภท  คู่สมรส  บุตร  บุตรบุญธรรม  บิดา  มารดา  
 ของ..... สมาคมมาปนกิจสงเคราะห์.....  
 เลขที่สมาชิก.....

(2) ข้อมูลดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่เป็น (กลุ่มวิชาชีพ)

ครู  สาธารณสุข  ทหาร  ตำรวจ  ราชการ  รัฐวิสาหกิจ  ประกอบการ  อื่นๆ ระบุ.....  
 สถานที่ปฏิบัติงาน/ชื่อหน่วยงาน..... 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 การชำระเงิน ดังนี้

ค่าสมัคร	100 บาท
ค่าบำรุงรายปี	50 บาท
เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า	1,250 บาท
รวมเป็นเงิน	1,400 บาท

## 5.2 การชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้ารายปีครั้งต่อไป โดยให้สหกรณ์หักจาก ดังนี้

- ชำระเป็นเงินสด
- ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน
- ชำระจากเงินปันผล, เฉลี่ยคืน
- โอนเงินเข้าบัญชีสมาคมหรือศูนย์ประสานงาน
- อื่น ๆ.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร  
(.....)

### สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.สก. รวมทั้งได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร พร้อมชำระเงินค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี เงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ประกาศ สส.สก. เรื่องรับสมัครสมาชิก สส.สก. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....

### สำหรับคณะกรรมการศูนย์ประสานงาน

เรียน นายก สส.สก.

ตรวจสอบแล้วรับรองว่า สมาชิกมีคุณสมบัติครบถูกต้อง

- เห็นควรรับเป็นสมาชิก สส.สก.
- ไม่ควรรับเป็นสมาชิก สส.สก. เนื่องจาก.....

#### ผู้มีอำนาจเสนอ (แล้วแต่กรณี)

- เหมัญญิก/เลขานุการ ศูนย์ฯ
- รองประธานศูนย์
- ประธานศูนย์ฯ

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....

### สำหรับคณะกรรมการ สส.สก.

- คำสั่ง  อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สส.สก. ตั้งแต่วันที่.....  
(คราวประชุมเมื่อวันที่.....)
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

#### ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- เหมัญญิก/เลขานุการ สส.สก.
- อุปนายก สส.สก.
- นายก สส.สก.

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์  
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกขบวนการสหกรณ์ไทย (สส.สก.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

2. หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิ์ให้ นาย/นาง/นางสาว.....  
เลขประจำตัวประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สส.สก. พึ่งง่าย หลังจากหักเงินค่าจัดการศพให้บุคคลที่ระบุ และ  
ยินยอมให้กับสหกรณ์.....จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ให้เสร็จสิ้นเท่ากับ  
จำนวนหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้

3.1 .....เลขประจำตัวประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....

3.2 .....เลขประจำตัวประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....

3.3 .....เลขประจำตัวประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....

3.4 .....เลขประจำตัวประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....

3.5 .....เลขประจำตัวประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....

3.6 .....เลขประจำตัวประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการ  
ใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ) .....ผู้ให้คำยินยอม

(ลงชื่อ) .....พยาน

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

(ลงชื่อ) .....ประธานศูนย์ประสานงาน



**ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้**

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคลตามข้อบังคับ หมวด7 ข้อ 24 และประกาศกระทรวงการพัฒนาศักยภาพความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) วิธีการจ่ายค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ ข้อ 3 ดังต่อไปนี้

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

ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯจ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ1. ตามลำดับก่อนหลัง 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).....



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... อายุ.....ปี
วัน/เดือน/ปีเกิด..... เลขประจำตัวประชาชน..... ได้ทำการสมัครสมาชิก สส.สก.
รอบสมัครเดือน.....และขอใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาล.....

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สส.สก. ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

Table with 3 columns: Disease Name, 'ไม่มี' (No), 'มี' (Yes), and 'ระบุ' (Specify). Rows include 4.1 โรคมะเร็ง, 4.2 โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด, 4.3 โรคฉี่หนูในระยยะอันตราย, 4.4 โรคเบาหวานขั้นรุนแรง, 4.5 โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง(โรคเอดส์), 4.6 โรคไตวายเรื้อรัง, 4.7 โรคปอดเรื้อรัง, 4.8 โรคตับแข็ง, 4.9 โรคเอสแอลอี (SLE)

5. โรคร้ายแรงอื่น ๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่า บันทึกถ้อยคำดังกล่าวที่ได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอัน
เป็นเท็จแล้ว ขอให้ สส.สก. ตัดสิทธิ์ให้ข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติการเป็นสมาชิกได้ตามมติคณะกรรมการ สส.สก. ข้าพเจ้าและผู้รับเงิน
สงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์ใด ๆ และขอสงวนสิทธิ์ในการที่จะได้รับเงินสงเคราะห์เมื่อข้าพเจ้าได้เสียชีวิตตามข้อ 4.1 - 4.9
ทั้งสิ้นหากเสียชีวิตใน 1 ปี

ข้าพเจ้าได้รับทราบเงื่อนไข และยินยอมเปิดเผยประวัติของข้าพเจ้าและขอมอบอำนาจให้ สส.สก. ขอประวัติการรักษาของ
ข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ขอรับรองว่าเป็นความสัตย์จริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้สมัครสมาชิก สส.สก.

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

(เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสาน)

งานลงชื่อ.....พยาน

(.....)

(ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)