

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ

1. แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง (สสอ.2)
2. หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนากรรับเงินสงเคราะห์ (สสอ.3)
3. ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐมีอายุไม่เกิน 30 วัน
4. สำเนาบัตรเจ้าหน้าที่รัฐ หรือบัตรประจำตัวประชาชน
5. สำเนาทะเบียนบ้าน
6. สำเนาทะเบียนสมรส, สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล
7. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้รับ)
8. สำเนาเอกสารการเป็นสมาชิกสมาคมต้นสังกัด (กลุ่มวิชาชีพอื่น)
9. รูปถ่ายสมาชิกใบสมัคร ณ ศูนย์ประสานงาน สสอ. (เต็มตัว)

สสอ.1



ใบสมัครสมาชิกประเภทสามัญ

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย(สสอ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขที่ประจำตัวประชาชน -

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... คู่สมรสชื่อ.....

(1) ดำรงตำแหน่ง หรือปฏิบัติหน้าที่..... และเป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์..... เลขที่สมาชิกสหกรณ์..... เลขที่สมาชิกสมาคมต้นสังกัด.....

(2) สถานที่อยู่  
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล(แขวง).....  
อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

(3) สถานที่ปฏิบัติงาน/ชื่อหน่วยงาน.....อำเภอ(เขต).....  
จังหวัด..... โทรศัพท์(ที่ทำงาน)..... E-mail.....

(4) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก จำนวน.....บาท และครั้งต่อไปชำระดังนี้

- |                                                          |                                                                  |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ชำระเป็นเงินสดทุกปี             | <input type="checkbox"/> หักชำระจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ของสมาชิก |
| <input type="checkbox"/> หักชำระจากเงินปันผล, เติบโตเงิน | <input type="checkbox"/> หักชำระจากการเพิ่มเงินกู้ให้สมาชิก      |
| <input type="checkbox"/> โอนเงินเข้าบัญชี                | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....                             |

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกและยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

สำหรับศูนย์ประสานงาน

ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัคร

- ( ) เป็นผู้มีความประพฤติถูกต้องครบถ้วน
- ( ) ได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน
- ( ) ชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าแล้ว
- ( ) ควรอนุมัติรับเป็นสมาชิก

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ

(.....)

ลงชื่อ.....เลขานุการ/กรรมการ/ประธานฯ

(.....)

สำหรับสมาคม

( ) ควรอนุมัติรับเป็นสมาชิก

( ) อื่น ๆ (ระบุ).....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ/เลขานุการ

(.....)

การอนุมัติ

( ) อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสอ. เมื่อวันที่.....

( ) ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....นายก/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

(.....)



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์  
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนมุสลิมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย(สสค.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

## 1. สถานภาพ

☐ โสด ☐ สมรส คู่สมรสชื่อ..... ☐ หย่า หรือ หม้าย

2. กรณีข้าพเจ้า มีภาระหนี้คงค้างอยู่กับสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด ข้าพเจ้ายินยอมให้สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนมุสลิมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสค.) หักเงินสงเคราะห์เพื่อชำระหนี้ดังกล่าวให้แก่สหกรณ์เป็นลำดับแรก เงินที่เหลือจาก ข้อ 2 นี้ ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาจ่ายให้ ผู้รับเงินสงเคราะห์ ข้อ 3

- ➡ 3. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอมให้สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนมุสลิมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสค.) หักเงินสงเคราะห์เพื่อชำระหนี้ดังกล่าวให้แก่สหกรณ์เป็นลำดับแรกจนเสร็จสิ้นก่อนขอรับส่วนที่เหลือ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน ดังต่อไปนี้

|                                                                  |                                                                  |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 3.1..... เกี่ยวข้องเป็น.....<br>(ลงชื่อ)..... เบอร์โทรศัพท์..... | 3.4..... เกี่ยวข้องเป็น.....<br>(ลงชื่อ)..... เบอร์โทรศัพท์..... |
| 3.2..... เกี่ยวข้องเป็น.....<br>(ลงชื่อ)..... เบอร์โทรศัพท์..... | 3.5..... เกี่ยวข้องเป็น.....<br>(ลงชื่อ)..... เบอร์โทรศัพท์..... |
| 3.3..... เกี่ยวข้องเป็น.....<br>(ลงชื่อ)..... เบอร์โทรศัพท์..... | 3.6..... เกี่ยวข้องเป็น.....<br>(ลงชื่อ)..... เบอร์โทรศัพท์..... |

โดยมอบให้ผู้รับเงินสงเคราะห์ลำดับที่.....(นาย/นาง/นางสาว.....)

เลขที่บัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....) เป็นผู้จัดการศพ

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือ  
กระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ) .....เจ้าหน้าที่ สสค.

(.....)

(ลงชื่อ) .....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ) .....ผู้มีอำนาจลงนาม สสค.

(.....)

เขียนที่.....

วันที่.....

### แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....สมัครสมาชิก สสอ. รอบสมัครเดือน.....

ข้าพเจ้าขอให้ประติศุภาพและประวัติการรักษารอค่ายแรง เพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สสอศ. เป็นความจริงดังนี้

1. มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ณ วันสมัคร
2. ไม่เป็นคนไร้ความสามารถ ร่างกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
3. ไม่มีจิตพั่นเพื่อน ไม่สมประกอบ
4. ไม่มีประวัติการรักษาโรค ต่อไปนี้

- |                                      |                                |                             |           |
|--------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------|
| 4.1 โรคมะเร็ง                        | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ..... |
| 4.2 โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด           | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ..... |
| 4.3 โรคฉี่หนู                        | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ..... |
| 4.4 โรคเบาหวาน                       | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ..... |
| 4.5 โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV/AIDS) | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ..... |
| 4.6 โรคเอสแอลอี (SLE)                | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ..... |
| 4.7 โรคไต                            | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ..... |
| 4.8 โรคปอด                           | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ..... |
| 4.9 โรคตับ                           | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ..... |

5. โรคภัยแรงอื่น ๆ ตามที่แพทย์ระบุ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่า การให้ประวัติสุขภาพและประวัติการรักษาโรคร้ายแรงดังกล่าว เป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้าทราบข้อบังคับและประกาศของสมาคม ถ้าถึงแก่ความตายด้วยโรคร้ายแรงตามประกาศสมาคมภายในระยะเวลา 1 ปี นับแต่อนุมัติเข้าเป็นสมาชิก สมาคมจะไม่จ่ายเงินสงเคราะห์หรือปกปิดประวัติการรักษาโรคร้ายแรงที่ให้ไว้ไม่ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง ถ้าเคยมีประวัติการรักษาโรคร้ายแรงตามประกาศสมาคมดังกล่าวมาก่อน ณ วันสมัคร เมื่อถึงแก่ความตายสมาคมจะไม่จ่ายเงินสงเคราะห์ให้กับผู้ที่ได้รับบุชื่อไว้ ตามข้อบังคับสมาคม ข้อที่ 15 และประกาศของสมาคม เรื่อง การกำหนดโรคร้ายแรงไม่รับเป็นสมาชิก สสอ. และไม่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ ประกาศ ณ วันที่ 7 เมษายน 2569 ทั้งนี้ข้าพเจ้าและผู้ที่ข้าพเจ้าระบุชื่อไว้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์จะสละสิทธิและจะไม่เรียกร้องสิทธิใดๆกับเงินสงเคราะห์ตามที่กล่าวมา

ข้าพเจ้ายินยอมให้สถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ สสอ. ในการตรวจสอบประวัติของข้าพเจ้า แม้ในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่ความตายแล้วก็ตาม ทั้งนี้เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาว่า ข้อมูลและ คำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้ข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงหรือไม่ และมอบหมายให้ สสอ. ขอรับข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาล เวช ระเบียน หรือข้อมูลด้านสุขภาพอื่นใดของข้าพเจ้า จากสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ โดยปราศจากเงื่อนไขใด ๆ ทั้งสิ้น

ขอรับรองว่าเป็นความสัตย์จริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ ..... (ผู้สมัครสมาชิก สสอศ.)

ตัวบรรจุ (.....)

(ผู้สมัครสมาชิก สสอภ.)

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง(.....)

พยาน (ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง(.....)

พยาน (เจ้าหน้าที่/กรรมการศูนย์ประสานงาน)