

1. สำเนาบัตรเจ้าหน้าที่รัฐหรือบัตรประจำตัวประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส(ประเภทคู่สมรสสมาชิกสามัญ)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ -สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐอายุไม่เกิน 30 วัน
6. แบบคำรับรองจากหน่วยงาน
7. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
8. รูปถ่ายเต็มตัวถ่ายคู่กับเจ้าหน้าที่สมาคม



## ใบสมัครสมาชิก

สมาคมสถาปนิกสยามในพระบรมราชูปถัมภ์  
สหกรณ์ออมทรัพย์สามัญศึกษาจังหวัดชัยภูมิ พ.ศ.2566

- ☐ ประเภท ก. (สมาชิกสามัญสมัคร)      ☐ คู่สมรส      ☐ บุตร

☐ ประเภท ข.      ☐ บิดา มารดา

☐ ประเภท ค.      ☐ พี่น้องร่วม บิดา หรือมารดาเดียว      ☐ ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา

☐ ประเภท ง.      ☐ ข้าราชการการ หรือเคยเป็นข้าราชการสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ

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

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

เลขที่ประจำตัวประชาชน □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑๒. คําสรรสชื่อ.....

- (1) ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่.....และเป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์สามัญ  
ศึกษาจังหวัดชัยภูมิ จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก.....
- (2) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน) บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....  
ตำบล.....อำเภอ (เขต).....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
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,เฉลี่ยคืน | <input type="checkbox"/> หักชำระจากการเพิ่มเงินกู้ให้สมาชิก      |

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับสมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกและครอบครัวสหกรณ์ออมทรัพย์สามัญ  
ศึกษาจังหวัดชัยภูมิ จำกัด และมีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกและยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร  
(.....)

| สำหรับเจ้าหน้าที่                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | สำหรับคณะกรรมการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัคร</p> <p>( ) เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติถูกต้องครบถ้วน</p> <p>( ) ได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน</p> <p>( ) ชำระเงินค่าสมัครและค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าแล้ว</p> <p>( ) ครรอนุมัติรับเป็นสมาชิก</p> <p>ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สมาคมฯ</p> <p>(.....)</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้จัดการสมาคมฯ</p> <p>(.....)</p> | <p>( ) ครอบอนุมัติรับเป็นสมาชิก</p> <p>( ) อื่น ๆ (ระบุ).....</p> <p>ลงชื่อ.....กรรมการและเลขานุการ</p> <p>(.....)</p> <p style="text-align: center;"><b>การอนุมัติ</b></p> <p>( ) อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สด.สศ.ชย. เมื่อวันที่.....</p> <p>( ) ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....</p> <p>ลงชื่อ.....นายกสมาคม</p> <p>(.....)</p> |

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี    วัน/เดือน /ปีเกิด.....  
 สมาชิกสหกรณ์..... เลขที่สมาชิกสหกรณ์.....  
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ได้ทำการสมัครสมาชิก สหม.สศ.ขย. รอบสมัครเดือน.....  
 และขอใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาล.....  
 ขอเรียนว่าข้าพเจ้ามีประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

|                                        | ไม่มี                    | มี                       |            |
|----------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|
| 1. โรคมะเร็ง                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ระบุ ..... |
| 2. โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ระบุ ..... |
| 3. โรควัณโรค                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ระบุ ..... |
| 4. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ระบุ ..... |
| 5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ระบุ ..... |
| 6. โรคไตวาย(ล้างไต)                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ระบุ ..... |
| 7. โรคปอดเรื้อรัง                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ระบุ ..... |
| 8. โรคตับแข็ง                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ระบุ ..... |
| 9. โรคร้ายแรงอื่นๆตามที่แพทย์ระบุ..... |                          |                          |            |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคถือว่าการสมัครเป็นสมาชิกเป็นโมฆะ ให้ สม.สศ.ชย. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิกได้ทันที และข้าพเจ้า ตลอดจนทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้า จะไม่ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใดๆ และขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้งข้าพเจ้าไม่ตั้งใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจาก สม.สศ.ชย. ทั้งสิ้นโดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคมทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าโดยมอบให้ สธ.สศ.ชย.ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ..... (ผู้สมัครสมาชิก สผ.สศ.ชย.)  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน (เจ้าหน้าที่สมาคม / กรรมการสมาคม  
(.....))



**หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงินและแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์  
สมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกและครอบครัวสหกรณ์ออมทรัพย์สามัญศึกษาจังหวัดชัยภูมิ**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....  
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สามัญศึกษาจังหวัดชัยภูมิ จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก..... 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 ข้าพเจ้ายินยอมให้ สมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกและครอบครัว สหกรณ์ออมทรัพย์สามัญศึกษาจังหวัดชัยภูมิ (สม.สศ.ชย.) หักเงิน สงเคราะห์ เพื่อชำระหนี้ดังกล่าวให้แก่ สหกรณ์เป็นลำดับแรก เงินที่เหลือจาก ข้อ 2 นี้ ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาจ่ายให้ ผู้รับเงินสงเคราะห์ ข้อ 3

3. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอมให้ สมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกและครอบครัว สหกรณ์ออมทรัพย์สามัญศึกษาจังหวัดชัยภูมิ (สม.สศ.ชย.) หักเงิน สงเคราะห์ เพื่อชำระหนี้ดังกล่าวให้แก่ สหกรณ์เป็นลำดับแรก จนเสร็จสิ้นก่อนขอรับส่วนที่เหลือ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน ดังต่อไปนี้

|                                                  |                                                  |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 3.1.....เกี่ยวข้องกับ.....<br>เบอร์โทรศัพท์..... | 3.4.....เกี่ยวข้องกับ.....<br>เบอร์โทรศัพท์..... |
| 3.2.....เกี่ยวข้องกับ.....<br>เบอร์โทรศัพท์..... | 3.5.....เกี่ยวข้องกับ.....<br>เบอร์โทรศัพท์..... |
| 3.3.....เกี่ยวข้องกับ.....<br>เบอร์โทรศัพท์..... | 3.6.....เกี่ยวข้องกับ.....<br>เบอร์โทรศัพท์..... |

โดยมอบให้ผู้รับเงินสงเคราะห์ลำดับที่.....(นาย/นาง/นางสาว.....)  
เลขที่บัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องกับ.....) เป็นผู้จัดการศพ

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ  
ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม

(ลงชื่อ).....พยาน

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่สมาคมฯ

(ลงชื่อ).....นายกสมาคม



### ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพซึ่งต้องเป็นบุคคล (ตามข้อบังคับ ฯ หมวด 7 ข้อ 24 และประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมฯ วิธีการจ่ายค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ ข้อ 25) ดังต่อไปนี้

- 1.1 สามี ภรรยา บุตร บิดา มารดา
- 1.2 พี่น้องร่วมบิดา มารดาเดียวกัน
- 1.3 พี่น้องร่วมบิดา หรือมารดาเดียวกัน
- 1.4 ปู่ ย่า ตา ยาย
- 1.5 ลุง ป้า น้า อา
- 1.6 ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู

ถ้าไม่มีบุคคลอื่นที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัครให้สมาคมฯ จ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 1 ตามลำดับก่อนหลัง โดยผู้อยู่ลำดับก่อนยอมตัดสิทธิ์ผู้อยู่ลำดับหลังแต่ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคนให้สมาคมแบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ตามหนังสือยินยอมตามข้อ 3 ทุกคนยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อนโดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

|                                              |                                              |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 2.1.....เกี่ยวข้องเป็น.....<br>(ลงชื่อ)..... | 2.4.....เกี่ยวข้องเป็น.....<br>(ลงชื่อ)..... |
| 2.2.....เกี่ยวข้องเป็น.....<br>(ลงชื่อ)..... | 2.4.....เกี่ยวข้องเป็น.....<br>(ลงชื่อ)..... |
| 2.3.....เกี่ยวข้องเป็น.....<br>(ลงชื่อ)..... | 2.5.....เกี่ยวข้องเป็น.....<br>(ลงชื่อ)..... |