



### สำหรับกรรมการหรือเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.สท. รวมทั้งได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร และชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าครบถ้วน ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สส.สท. เรื่องรับสมัครสมาชิก สส.สท. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

เห็นควรนำเสนอ สส.สท. พิจารณา

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

### สำหรับ สส.สท.

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.สท. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ถูกต้องตามที่ศูนย์ประสานงานแจ้งให้กับทาง สส.สท. ทราบแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

### ความเห็นของคณะกรรมการฝ่ายทะเบียน

ควรอนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สส.สท. ตั้งแต่วันที่.....

ไม่ควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

### ความเห็นของผู้มีอำนาจอนุมัติ (โปรดระบุ)

อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สส.สท. ตั้งแต่วันที่.....

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

.....

อนุมัติโดย  เภรัญญิก สส.สท.  เลขานุการ สส.สท.  อุปนายก สส.สท.  นายก สส.สท.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



4. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคลตามข้อบังคับ ฯ หมวด 7 ข้อ 23 และประกาศกระทรวงการพัฒนาลังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) วิธีการจ่ายค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ ข้อ 3 ดังต่อไปนี้

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 4.1 คู่สมรส บุตร บิดา มารดา          | 4.4 ปู่ ย่า ตา ยาย                                 |
| 4.2 พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน     | 4.5 ลุง ป้า น้า อา                                 |
| 4.3 พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน | 4.6 ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู |

ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯ จ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 4 ตามลำดับก่อนหลัง ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯ แบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

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

(ลงชื่อ) ..... พยาน  
(.....)

(ลงชื่อ) ..... กรรมการ / ผู้จัดการ / เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน  
(.....)



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....  
สมาชิกสหกรณ์..... เลขที่สมาชิกสหกรณ์.....  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ได้ทำการสมัครสมาชิก สส.สท. รอบสมัครเดือน.....  
และขอใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาล.....  
ขอเรียนว่าข้าพเจ้า มีประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

	ไม่มี	มี	
1. โรคมะเร็ง ทุกชนิดที่อยู่ในระยะที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
2. โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
3. โรคหัวใจในระยยะอันตราย	<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. โรคไตวายเรื้อรัง	<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. โรคอุบัติใหม่หรือโรคร้ายแรงตามประกาศของทางราชการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....

เรียน นายกสมาคมฃาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย (สส.สท.)

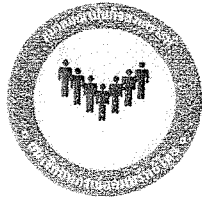
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าไม่มีประวัติการรักษาโรคตามข้อ 1-9 หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัวตามข้อ 1 และหากเสียชีวิตภายในระยะเวลา 1 ปี 6 เดือน ตลอดจนข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัวตามข้อ 2-9 และหากเสียชีวิตภายในระยะเวลา 1 ปี **จงใจแจ้งข้อความอันเป็นเท็จให้ถือว่าข้าพเจ้าไม่มีสมาชิกภาพของ สส.สท. มาตั้งแต่ต้น** ทาง สส.สท. ไม่นุมัติเป็นสมาชิก โดยคืนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือให้กับผู้สมัคร

ลงชื่อ..... (ผู้สมัครสมาชิก สส.สท.)

ตัวบรรจง(.....)

ลงชื่อ..... (เจ้าหน้าที่/กรรมการศูนย์ประสานงาน)

ตัวบรรจง(.....)



หนังสือยินยอมให้นำเงินปันผลหักชำระค่าสงเคราะห์  
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย (สส.สท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรียน ประธาน/ผู้จัดการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์ชุมพร จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ชุมพร จำกัด

เลขทะเบียน.....สังกัดหน่วยงาน/โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัด ชุมพร

ขอทำหนังสือยินยอมให้หักเงินปันผลประจำปีของทุกๆ ปี โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้ายินยอมให้นำเงินปันผลประจำปีของทุกๆ ปี เพื่อนำมาชำระค่าสงเคราะห์สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย (สส.สท.) ของข้าพเจ้า ซึ่งข้าพเจ้าได้สมัครเป็นสมาชิกไว้ตามจำนวนที่สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย (สส.สท.) เรียกเก็บในแต่ละปี

ข้อ 2. สำหรับเงินปันผลที่เหลือนอกเหนือจากเงินค่าสงเคราะห์สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย (สส.สท.) ข้าพเจ้าขอรับเงินปันผลตามปกติที่สหกรณ์ฯ มีกำหนดจ่ายให้กับสมาชิก

ข้อ 3. ข้าพเจ้าขอผูกพันเพื่อการนี้ โดยการยินยอมให้หักเงินปันผลเพื่อชำระค่าสงเคราะห์ฯ เป็นรายปีในแต่ละปีตลอดไป

ข้อ 4. หากข้าพเจ้าต้องการยกเลิกหนังสือยินยอมฉบับนี้ ข้าพเจ้าจะแจ้งให้ทราบสหกรณ์ล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อเป็นการยืนยันการยกเลิกหนังสือยินยอมดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)