



ศูนย์ประสานงาน สส.ส. สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์ครูชุมพร จำกัด
19/3 หมู่ 4 ถนนชุมพร - ระนอง อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร 86190
โทร. 0 7759 6762 4 ต่อ 104 โทรสาร 0 7759 6678

ที่ สส.ส. 0072 - 4 /2569

26 มกราคม 2569

เรื่อง ประกาศรับสมัครสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกขบวนการสภกรณ์ไทย (สส.ส.) วาระพิเศษ
เรียน สมาชิกสภกรณ์ออมทรัพย์ครูชุมพร จำกัด

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ประกาศ สส.ส. ที่ 107/2568 จำนวน 1 ชุด
2. ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ อายุ ระหว่าง 46 - 49 ปี จำนวน 1 ชุด
3. ใบสมัครสมาชิก ประเภทสมทบ อายุ ระหว่าง 46 - 49 ปี จำนวน 1 ชุด

ด้วยศูนย์ประสานงาน สส.ส. สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์ครูชุมพร จำกัด
ได้รับแจ้งจากสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกขบวนการสภกรณ์ไทย ให้เปิดรับสมัครสมาชิกประเภทสามัญ
และสมาชิกประเภทสมทบ อายุระหว่าง 46 - 49 ปี รับสมัครระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2569 ถึง
วันที่ 31 พฤษภาคม 2569 รายละเอียดตามประกาศที่แนบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ว่าที่ ร้อยตรี

(ปริญญา พงศ์กาสอ)

ประธานศูนย์ประสานงาน สส.ส. สภกรณ์ออมทรัพย์ครูชุมพร จำกัด



ประกาศสมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์สมาชิกขบวนการสหกรณ์ไทย (สส.สท.)

เรื่อง การรับสมัครสมาชิกประเภทสามัญ และสมาชิกประเภทสมทบ

อายุเกิน 45 ปี (วาระพิเศษ) สำหรับปี 2569

ด้วยคณะกรรมการดำเนินการสมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์สมาชิกขบวนการสหกรณ์ไทย (สส.สท.) ชุดที่ 2 ในคราวประชุมครั้งที่ 12/2568 เมื่อวันที่ 16 ธันวาคม 2568 คณะกรรมการดำเนินการ มีมติเห็นชอบให้เปิดรับสมัครสมาชิก สส.สท. สำหรับผู้ที่มีอายุ ระหว่าง 46 - 49 ปี รับสมัครระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2569 ถึง วันที่ 31 พฤษภาคม 2569 (รอบที่ 3/2569 ถึงรอบ 6/2569) เงื่อนไขการสมัครและคุณสมบัติ เป็นไปตามข้อบังคับสมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์สมาชิกขบวนการสหกรณ์ไทย อาศัยอำนาจตามข้อบังคับ หมวด 4 และหลักเกณฑ์ตาม ข้อ 8 ข้อ 9 ข้อ 10 ข้อ 11 ข้อ 12 และ ข้อ 13 ของข้อบังคับสมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์สมาชิกขบวนการสหกรณ์ไทย พ.ศ. 2565 ไว้ดังนี้

1. คุณสมบัติของผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก

1.1 สมาชิกประเภทสามัญ ได้แก่บุคคลที่มีคุณสมบัติดังนี้

- (1) เป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ ทุกประเภท
- (2) เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ
- (3) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นคนไร้ความสามารถ
- (4) มีสุขภาพแข็งแรง ณ วันสมัคร
- (5) มีอายุ ระหว่าง 46 - 49 ปี (ผู้ที่เกิดตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2520 เป็นต้นไป นับปี พ.ศ.)

1.2 สมาชิกประเภทสมทบ ได้แก่บุคคลที่มีคุณสมบัติดังนี้

- (1) เป็น สมาชิกสมทบของสหกรณ์ ทุกประเภท
- (2) เป็นสามี ภริยา คู่สมรส บุตร บุตรบุญธรรมตามกฎหมาย พี่น้อง และบิดามารดาของสมาชิกประเภทสามัญ และประเภทสมทบ สส.สท.
- (3) เป็นสามี ภริยา คู่สมรส บุตร บุตรบุญธรรมตามกฎหมาย พี่น้อง และบิดามารดา ของสมาชิกสามัญ ขบวนการสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย 9 สมาคม
- (4) เป็น เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ขบวนการสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย 9 สมาคม
- (5) เป็น สมาชิก รับตรง ขบวนการสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย 9 สมาคม
- (6) มีสุขภาพแข็งแรง ณ วันสมัคร
- (7) มีอายุ ระหว่าง 46 - 49 ปี (ผู้ที่เกิดตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2520 เป็นต้นไป นับปี พ.ศ.)

“ขบวนการสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย 9 สมาคม” หมายความว่า สมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.) , สมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์กรุงไทย (สสอ.ค.) , สมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสอ.ท.) , สมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจ (สสอ.ต.) , สมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ทหาร (สสอ.ท.) , สมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.ร.ท.) , สมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทย (สสอ.ร.) , สมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย (สส.สท.) , สมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์สมาชิกขบวนการสหกรณ์ไทย (สส.สท.)

/ 2. ผู้สมัครเข้า...

2. ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกจะได้รับสิทธิการเป็นสมาชิกนับแต่วันที่ได้ชำระเงิน ออกใบเสร็จรับเงินค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าตามอัตราที่สมาคมกำหนด ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ของสมาคมแล้ว และคณะกรรมการมีมติรับเป็นสมาชิก

3. ผู้สมัครมีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์จากสมาคมด้วยเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

- (1) ถึงแก่ความตายด้วยอุบัติเหตุมีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ นับแต่วันที่ศูนย์ประสานงานหรือสมาคม ได้รับเงินค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าตามอัตราที่สมาคมกำหนดถูกต้องครบถ้วน และออกใบเสร็จรับเงินผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์
- (2) ถึงแก่ความตายทุกกรณีนับแต่วันที่คณะกรรมการมีมติรับเข้าเป็นสมาชิก เกินระยะเวลา 1 ปี

4. ผู้สมัครไม่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์จากสมาคมด้วยเงื่อนไข ตามข้อบังคับ 12 ดังต่อไปนี้

- (1) ปกปิดประวัติด้านสุขภาพ และถึงแก่กรรมด้วยโรคมะเร็ง โรคหัวใจหรือหลอดเลือด โรคหัวใจในระยะเวลาอันตราย โรคเบาหวานขั้นรุนแรง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคไตวายเรื้อรัง โรคปอดเรื้อรัง โรคตับแข็ง โรคเอสแอลอี ในระยะเวลา 1 ปี นับแต่วันที่คณะกรรมการมีมติรับเป็นสมาชิก

5. สมาคมจะแจ้งรายชื่อสมาชิกที่ได้รับอนุมัติเป็นสมาชิก สส.สก. โดยส่งหนังสือแจ้งศูนย์ประสานงานและ สมาคมจะมอบหลักฐานการเป็นสมาชิกโดยออกบัตรประจำตัวสมาชิกให้แก่สมาชิกทุกคน สมาชิกของสมาคมจะมีหมายเลขประจำตัวสมาชิก ได้เพียงเลขเดียวเท่านั้น กรณีบัตรหาย , ขาด , แก้ไขข้อมูล หรือขอบัตรใหม่มีค่าธรรมเนียม 100 บาท

6. ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกจะต้องระบุชื่อผู้จัดการศพ และผู้ที่ประสงค์ให้รับเงินสงเคราะห์ ซึ่งต้องเป็นบุคคลตามข้อ 24 ไว้ให้ชัดเจนในใบสมัคร ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงผู้จัดการศพ และผู้รับเงินสงเคราะห์ในภายหลัง สมาชิกต้องแจ้งให้สมาคมทราบเป็นหนังสือตามแบบที่สมาคมกำหนด ที่ศูนย์ประสานงานต้นสังกัด

ขั้นตอนการรับสมัครสมาชิก สส.สก. มีดังนี้

1. การสมัคร

- 1.1 ยื่นชุดใบสมัครพร้อมเอกสารหลักฐานด้วยตนเอง โดยขอแบบฟอร์มใบสมัครได้ที่สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดที่เป็นศูนย์ประสานงาน สำนักงาน สส.สก. หรือโหลด จาก cwtm.coop1@gmail.com และ Line 080-3678679
- 1.2 ชำระเงินค่าสมัคร , เงินค่าบำรุง , เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามอัตราที่สมาคมกำหนด
- 1.3 สำหรับเงินค่าสมัคร สมาคมจะไม่คืนให้ผู้สมัครไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น

2. หลักฐานการสมัครเข้าเป็นสมาชิก ผู้สมัครต้องมีเอกสารดังต่อไปนี้

- 2.1 สำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่รัฐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน
- 2.2 สำเนาใบสำคัญแสดงการจดทะเบียนสมรส
- 2.3 สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ หรือ ชื่อสกุล (ถ้ามี)
- 2.4 แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง (สส.สก.5)
- 2.5 ทะเบียนรับรองบุตร (กรณีเป็นสมาชิกสมทบประเภทบุตรบุญธรรม)
- 2.6 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับเงินสงเคราะห์
- 2.7 ภาพถ่ายผู้สมัครสมาชิก (ณ วันที่มาสมัครที่สหกรณ์ออมทรัพย์)

2.8 กรณีสมาชิกรับตรง นอกจากเอกสารตามข้อ 2.1 - 2.7 แล้ว ต้องมีเอกสารเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

2.8.1 สมาชิกประเภทสามัญ หรือสมาชิกประเภทสมทบของสหกรณ์ ต้องมีเอกสารแสดงว่าเป็นสมาชิกสหกรณ์ เช่น

ก. หนังสือรับรองการเป็นสมาชิกสหกรณ์ หรือ

ข. สำเนาบัตรสมาชิกสหกรณ์ หรือ

ค. สำเนาใบเสร็จรับเงินที่สหกรณ์ออกให้

2.8.2 คู่สมรส บุตร บิดา - มารดา และพี่น้องร่วมบิดา มารดา ของสมาชิกสามัญ และสมาชิกสามัญของกลุ่มวิชาชีพอื่น สส.สก. ต้องมีเอกสาร ที่เกี่ยวข้องกับคู่สมศรายนั้

3. กำหนดขั้นตอนการรับสมัครสมาชิก และวิธีปฏิบัติสำหรับศูนย์ประสานงานในรอบเดือนนั้น ๆ

ลำดับ	รายการ	ระยะเวลาดำเนินการ
1	การรับสมัคร (1) ตรวจสอบคุณสมบัติความถูกต้องครบถ้วนของเอกสารประกอบการสมัคร (2) รับเงินค่าสมัคร ค่าบำรุง และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า (3) บันทึกข้อมูลรายบุคคลลงโปรแกรมฉาปนกิจสงเคราะห์	วันที่ 1 ก.พ. 69 – 31 พ.ค. 69
2	การพิจารณาของศูนย์ประสานงาน (1) คณะกรรมการพิจารณาและรับรองข้อมูลเอกสารการสมัครสมาชิกเบื้องต้น (2) ศูนย์ประสานงานต้องนำส่งเอกสารประกอบการสมัครมายังสมาคม ประกอบด้วย - สำเนาใบสมัคร (สส.สก.1), (สส.สก.4) - แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง (สส.สก.5) - สำเนาหนังสือให้คำยินยอมในการแสดงเจตนารับเงินสงเคราะห์และการหักเงิน (สส.สก.3) - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร - ภาพถ่ายผู้สมัครสมาชิก (ณ วันที่มาสมัครที่สหกรณ์ออมทรัพย์) (3) ศูนย์ประสานงานนำส่งเงินค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าตามตารางที่ 1 การเก็บเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า เงินค่าสมัคร และเงินค่าบำรุง	ก่อนวันที่ 5 ของเดือนถัดไป
3	การพิจารณาของสมาคม สมาคมจะประชุมพิจารณาอนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก	ตามปฏิทินที่สมาคมกำหนด

ตารางรายละเอียดการดำเนินงานการรับสมัครสมาชิก สส.สก.

ลำดับ	รับสมัครสมาชิก	บันทึกข้อมูลโปรแกรม	นำส่งใบสมัครฉบับจริงและส่งเงินมายังสมาคม	ได้รับสิทธิ์ (เดือน/ปี)
1.	1 - 28 ก.พ. 2569	1 - 28 ก.พ. 2569	ภายในวันที่ 5 มี.ค. 2569	01/03/2569
2.	1 - 31 มี.ค. 2569	1 - 31 มี.ค. 2569	ภายในวันที่ 5 เม.ย. 2569	01/04/2569
3.	1 - 30 เม.ย. 2569	1 - 30 เม.ย. 2569	ภายในวันที่ 5 พ.ค. 2569	01/05/2569
4.	1 - 31 พ.ค. 2569	1 - 31 พ.ค. 2569	ภายในวันที่ 5 มิ.ย. 2569	01/06/2569

/ 4. การโอนเงิน ...

4. การโอนเงินสงเคราะห์ และคำบำรุง ให้สมาคม ดำเนินการได้ดังนี้

4.1 โอนผ่านระบบ Bill Payment รหัสตามที่ สส.สก. ให้ไว้ หรือทางธนาคารกรุงไทย สาขานนทบุรี

ชื่อบัญชี “สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกขบวนการสหกรณ์ไทย” เลขที่บัญชี 108-0-92277-6

4.2 ส่งสำเนารายการโอนเงินทาง E:Mail cwtm.coop1@gmail.com และ Line 080-3678679

ตารางที่ 1 การเก็บเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า เงินค่าสมัคร เงินคำบำรุง เงินสมทบกองทุนฯ

ลำดับ	รอบการสมัคร	อายุผู้สมัคร	พ.ศ.เกิด	จำนวนเงินเรียกเก็บกับผู้สมัครสมาชิก				รวมทั้งสิ้นเป็นเงิน (บาท)	จำนวนเงินที่ศูนย์ฯนำส่งสมาคม (บาท)
				เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า	ค่าสมัคร	คำบำรุง	เงินสมทบเข้ากองทุนฯ		
1.	รอบปกติ	อายุไม่เกิน 45 ปี	เกิดหลัง 2523	1,250	100	50	-	1,400	1,325
2.	รอบพิเศษ	อายุ 46 ปี	2523	1,250	100	50	1,000	2,400	2,325
3.		อายุ 47 ปี	2522	1,250	100	50	2,000	3,400	3,325
4.		อายุ 48 ปี	2521	1,250	100	50	3,000	4,400	4,325
5.		อายุ 49 ปี	2520	1,250	100	50	4,000	5,400	5,325

5. สมาคมจะแจ้งรายชื่อสมาชิกที่ได้รับสิทธิสมาชิกภาพการเป็นสมาชิก สส.สก.

โดยส่งหนังสือแจ้ง ศูนย์ประสานงาน และบัตรสมาชิกพร้อมรายชื่อผ่านทางไปรษณีย์ เว้นแต่สมาชิกประเภทรับตรงสมาคมจะแจ้งให้ทราบโดยตรง

6. ติดต่อสอบถาม

6.1 ที่ตั้งสำนักงาน สส.สก. ชั้น 5 อาคารสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย (สม.สอ.)

เลขที่ 199/8 หมู่ 2 ถนนนครอินทร์ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130

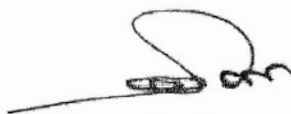
6.2 เบอร์โทรศัพท์

- ฝ่ายสำนักงาน : 080-3678679
- ฝ่ายทะเบียน : 090-2972545
- ฝ่ายการเงิน : 098-9726295
- ฝ่ายบัญชี : 083-707-6803
- ผู้จัดการ : 061-9802528

6.3 ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด

ทั้งนี้ขอให้ศูนย์ประสานงานประชาสัมพันธ์ให้สมาชิกทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 25 ธันวาคม 2568



(นายอุทัย ศรีเทพ)

นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์

สมาชิกขบวนการสหกรณ์ไทย

โปรดเขียนด้วยบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ :

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



สส.สก. 1/1 (สามัญ)

สมัครผ่าน

- ☐ ศูนย์ประสานงาน
- ☐ สมัครตรง

เลขอาปนกิจ.....

รอบการสมัคร.....

ใบสมัครสมาชิกประเภทสามัญ
สมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกขบวนการสหกรณ์ไทย (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

เป็นสมาชิกประเภทสามัญของสหกรณ์ ☐ การเกษตร ☐ นิคม ☐ ออมทรัพย์ ☐ บริการ ☐ ประมง ☐ เครดิตยูเนียน ☐ 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.....

วันที่.....

(คราวประชุมเมื่อ

วันที่.....)

☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

.....
.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

☐ เหมัญญิก/เลขานุการ สส.สก.

☐ อุปนายก สส.สก.

☐ นายก สส.สก.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกขบวนการสหกรณ์ไทย (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
และยินยอมให้กับสหกรณ์.....จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ให้
เสร็จสิ้นเท่ากับจำนวนหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคล
ดังต่อไปนี้

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

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือ
กระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ)ผู้ให้คำยินยอม (ลงชื่อ)พยาน

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

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

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

ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้

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

1.1 สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา

1.4 ปู่ ย่า ตา ยาย

1.2 พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน

1.5 ลุง ป้า น้า อา

1.3 พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน

1.6 ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรืออยู่ในอุปการะเลี้ยงดู

ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมจ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 1 ตามลำดับก่อนหลัง ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯ แบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอมให้สหกรณ์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อนโดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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



สส.สก. 5

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

	ไม่มี	มี	
4.1 โรคมะเร็ง	☐	☐	ระบุ.....
4.2 โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด	☐	☐	ระบุ.....
4.3 โรคฉี่หนูในระยษอันตราย	☐	☐	ระบุ.....
4.4 โรคเบาหวานขั้นรุนแรง	☐	☐	ระบุ.....
4.5 โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง(โรคเอดส์)	☐	☐	ระบุ.....
4.6 โรคไตวายเรื้อรัง	☐	☐	ระบุ.....
4.7 โรคปอดเรื้อรัง	☐	☐	ระบุ.....
4.8 โรคตับแข็ง	☐	☐	ระบุ.....
4.9 โรคเอสแอลอี (SLE)	☐	☐	ระบุ.....

5. โรคร้ายแรงอื่น ๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่า บันทึกถ้อยคำดังกล่าวที่ได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้ว ขอให้ สส.สก. ตัดสิทธิ์ให้ข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติการเป็นสมาชิกได้ตามมติคณะกรรมการ สส.สก. ข้าพเจ้าและผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์ใด ๆ และขอสละสิทธิ์ในการที่จะได้รับเงินสงเคราะห์เมื่อข้าพเจ้าได้เสียชีวิตตามข้อ 4.1 - 4.9 ทั้งสิ้นหากเสียชีวิตใน 1 ปี

ข้าพเจ้าได้รับทราบเงื่อนไข และยินยอมเปิดเผยประวัติของข้าพเจ้าและขอมอบอำนาจให้ สส.สก. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้สมัครสมาชิก สส.สก.

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

(เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสาน)

งานลงชื่อ.....พยาน

(.....)

(ผู้รับเงินสงเคราะห์)



ใบแสดงความจำนงบริจาคเงินเข้า
“กองทุนเพื่อความมั่นคง และสวัสดิการ”
ของ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกขบวนการสหกรณ์ไทย (สส.สก.)

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาววัน/เดือน/ปี เกิด อายุปี
สมาชิกสหกรณ์ จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก
อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์มือถือ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์บริจาคเงินเข้า “กองทุนเพื่อความมั่นคง และสวัสดิการ” ของ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์
สมาชิกขบวนการสหกรณ์ไทย (สส.สก.) จำนวนบาท (.....)

เพื่อใช้ตามวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นไปด้วยความสมัครใจโดยไม่มีผู้ใดบังคับทั้งสิ้น จึงขอลง
ลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ผู้สมัคร
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)



หนังสือยินยอมให้นำเงินปันผลหักชำระค่าสงเคราะห์
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกขบวนการสหกรณ์ไทย (สส.สก.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน ประธาน/ผู้จัดการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์ครูชุมพร จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูชุมพร จำกัด
เลขทะเบียน.....สังกัดหน่วยงาน/โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัด ชุมพร
ขอทำหนังสือยินยอมให้หักเงินปันผลประจำปีของทุกๆ ปี โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้ายินยอมให้นำเงินปันผลประจำปีของทุกๆ ปี เพื่อนำมาชำระค่าสงเคราะห์สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกขบวนการสหกรณ์ไทย (สส.สก.) ของข้าพเจ้า ซึ่งข้าพเจ้าได้สมัครเป็นสมาชิกไว้ตามจำนวนที่สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกขบวนการสหกรณ์ไทย (สส.สก.) เรียกเก็บในแต่ละปี

ข้อ 2. สำหรับเงินปันผลที่เหลือนอกเหนือจากเงินค่าสงเคราะห์สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกขบวนการสหกรณ์ไทย (สส.สก.) ข้าพเจ้าขอรับเงินปันผลตามปกติที่สหกรณ์ฯ มีกำหนดจ่ายให้กับสมาชิก

ข้อ 3. ข้าพเจ้าขอผูกพันเพื่อการนี้ โดยการยินยอมให้หักเงินปันผลเพื่อชำระค่าสงเคราะห์ฯ เป็นรายปีในแต่ละปีตลอดไป

ข้อ 4. หากข้าพเจ้าต้องการยกเลิกหนังสือยินยอมฉบับนี้ ข้าพเจ้าจะแจ้งให้ทราบสหกรณ์ล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อเป็นการยืนยันการยกเลิกหนังสือยินยอมดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ :

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ

2. สำเนาทะเบียนบ้าน

3. สำเนาทะเบียนสมรส

4. ใบสำคัญการเปลี่ยน ชื่อ-สกุล (ถ้ามี)

5. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์

6. แบบคำร้องรับรองสภาพตนเอง/ใบเสร็จของ สอ.

7. ทะเบียนรับรองบุตร

8. รูปถ่ายสมาชิกคู่ใบสมัคร(เต็มตัว)



สส.สก. 2/1 (สมทบ)

สมัครผ่าน

☐ ศูนย์ประสานงาน

☐ สมัครตรง

เลขฌาปนกิจ.....

รอบการสมัคร.....

ใบสมัครสมาชิกประเภทสมทบ

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกขบวนการสหกรณ์ไทย (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 ☐ เครดิตยูเนี่ยน ☐ ร้านค้า

ชื่อสหกรณ์..... เลขที่สมาชิก

1.2 เป็นเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานสมาคม.....

1.3 เป็นบุคคลในครอบครัวของสมาชิกสามัญสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกขบวนการสหกรณ์ไทย

ประเภท ☐ คู่สมรส ☐ บุตร ☐ บุตรบุญธรรม ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ พี่น้องร่วมบิดามารดา

ของ(สมาชิกสามัญ)..... เลขที่สมาชิก.....

1.4 เป็นบุคคลในครอบครัวของสมาชิกสามัญสมาคมฌาปนกิจสมาชิกสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ไทยทุกสมาคม

ประเภท ☐ คู่สมรส ☐ บุตร ☐ บุตรบุญธรรม ☐ บิดา ☐ มารดา

ของ.....สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์.....

เลขที่สมาชิก.....

(2) ข้อมูลดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่เป็น (กลุ่มวิชาชีพ)

☐ ครู ☐ สาธารณสุข ☐ ทหาร ☐ ตำรวจ ☐ ราชการ ☐ รัฐวิสาหกิจ ☐ ประกอบการ ☐ อื่น ๆระบุ.....

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, เงินคืน
- ☐ 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)

- ☐ เภรัญญิก/เลขานุการ ศูนย์ฯ
- ☐ รองประธานศูนย์ฯ
- ☐ ประธานศูนย์ฯ

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการ สส.สก.

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

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- ☐ เภรัญญิก/เลขานุการ สส.สก.
- ☐ อุปนายก สส.สก.
- ☐ นายก สส.สก.

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกขบวนการสหกรณ์ไทย (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 ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิให้ นาย/นาง/นางสาว.....
เลขประจำตัวประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สส.สก. พึงจ่าย หลังจากหักเงินค่าจัดการศพให้บุคคลที่ระบุ
และยินยอมให้กับสหกรณ์.....จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ให้
เสร็จสิ้นเท่ากับจำนวนหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้

3.1เลขประจำตัวประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....
3.2เลขประจำตัวประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....
3.3เลขประจำตัวประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....
3.4เลขประจำตัวประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....
3.5เลขประจำตัวประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....
3.6เลขประจำตัวประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือระ
ทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ)ผู้ให้คำยินยอม

(ลงชื่อ)พยาน

(ลงชื่อ)ผู้จัดการ/จนท. ศูนย์ประสานงาน

(ลงชื่อ)ประธานศูนย์ประสานงาน

ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้

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

1.1 สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา

1.4 ปู่ ย่า ตา ยาย

1.2 พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน

1.5 ลูก ป้า น้า อา

1.3 พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน

1.6 ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู

ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯจ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 1. 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).....



สส.สก. 5

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

	ไม่มี	มี	
4.1 โรคมะเร็ง	☐	☐	ระบุ.....
4.2 โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด	☐	☐	ระบุ.....
4.3 โรคหัวใจในระยยะอันตราย	☐	☐	ระบุ.....
4.4 โรคเบาหวานขั้นรุนแรง	☐	☐	ระบุ.....
4.5 โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง(โรคเอดส์)	☐	☐	ระบุ.....
4.6 โรคไตวายเรื้อรัง	☐	☐	ระบุ.....
4.7 โรคปอดเรื้อรัง	☐	☐	ระบุ.....
4.8 โรคตับแข็ง	☐	☐	ระบุ.....
4.9 โรคเอสแอลอี (SLE)	☐	☐	ระบุ.....

5. โรคร้ายแรงอื่น ๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่า บันทึกถ้อยคำดังกล่าวที่ได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้ว ขอให้ สส.สก. ตัดสิทธิ์ให้ข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติการเป็นสมาชิกได้ตามมติคณะกรรมการ สส.สก. ข้าพเจ้าและผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์ใด ๆ และขอสละสิทธิ์ในการที่จะได้รับเงินสงเคราะห์เมื่อข้าพเจ้าได้เสียชีวิตตามข้อ 4.1 - 4.9 ทั้งสิ้นหากเสียชีวิตใน 1 ปี

ข้าพเจ้าได้รับทราบเงื่อนไข และยินยอมเปิดเผยประวัติของข้าพเจ้าและขอมอบอำนาจให้ สส.สก. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้สมัครสมาชิก สส.สก.

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

(เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสาน)

งานลงชื่อ.....พยาน

(.....)

(ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)



ใบแสดงความจำนงบริจาคเงินเข้า
“กองทุนเพื่อความมั่นคง และสวัสดิการ”
ของ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกขบวนการสหกรณ์ไทย (สส.สก.)

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว วัน/เดือน/ปี เกิด อายุ ปี
สมาชิกสหกรณ์ จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก
อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์มือถือ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์บริจาคเงินเข้า “กองทุนเพื่อความมั่นคง และสวัสดิการ” ของ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์
สมาชิกขบวนการสหกรณ์ไทย (สส.สก.) จำนวน บาท (.....)

เพื่อใช้ตามวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นไปด้วยความสมัครใจโดยไม่มีผู้ใดบังคับทั้งสิ้น จึงขอลง
ลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)



หนังสือยินยอมให้นำเงินปันผลหักชำระค่าสงเคราะห์
สมาคมบำนาญสงเคราะห์สมาชิกขบวนการสหกรณ์ไทย (สส.สก.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน ประธาน/ผู้จัดการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์นครชุมพร จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์นครชุมพร จำกัด
เลขทะเบียน.....สังกัดหน่วยงาน/โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัด ชุมพร
ขอทำหนังสือยินยอมให้หักเงินปันผลประจำปีของทุกๆ ปี โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้ายินยอมให้นำเงินปันผลประจำปีของทุกๆ ปี เพื่อนำมาชำระค่าสงเคราะห์สมาคมบำนาญสงเคราะห์สมาชิกขบวนการสหกรณ์ไทย (สส.สก.) ของข้าพเจ้า ซึ่งข้าพเจ้าได้สมัครเป็นสมาชิกไว้ตามจำนวนที่สมาคมบำนาญสงเคราะห์สมาชิกขบวนการสหกรณ์ไทย (สส.สก.) เรียกเก็บในแต่ละปี

ข้อ 2. สำหรับเงินปันผลที่เหลือนอกเหนือจากเงินค่าสงเคราะห์สมาคมบำนาญสงเคราะห์สมาชิกขบวนการสหกรณ์ไทย (สส.สก.) ข้าพเจ้าขอรับเงินปันผลตามปกติที่สหกรณ์ฯ มีกำหนดจ่ายให้กับสมาชิก

ข้อ 3. ข้าพเจ้าขอมุขผันเพื่อการนี้ โดยการยินยอมให้หักเงินปันผลเพื่อชำระค่าสงเคราะห์ฯ เป็นรายปีในแต่ละปีตลอดไป

ข้อ 4. หากข้าพเจ้าต้องการยกเลิกหนังสือยินยอมฉบับนี้ ข้าพเจ้าจะแจ้งให้ทราบสหกรณ์ล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อเป็นการยืนยันการยกเลิกหนังสือยินยอมดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)