



สมาคมปากกีสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย

เลขที่ 199/8 หมู่ที่ 2 ถนนนครอินทร์ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130

ที่ สส.ชสอ.ว.71/2564

8 ธันวาคม 2564

เรื่อง ประกาศการรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. กรณีพิเศษ

เรียน ประธานกรรมการศูนย์ประสานงาน สส.ชสอ. ประจำสหกรณ์ออมทรัพย์ทุกศูนย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย	1. ประกาศการรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. กรณีพิเศษ	จำนวน	1 ชุด
	2. แบบฟอร์มการสมัครสมาชิก สส.ชสอ.	จำนวน	1 ชุด
	3. แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง	จำนวน	1 แผ่น
	4. แบบตรวจสอบหลักฐานชุดใบสมัคร สส.ชสอ.	จำนวน	1 แผ่น
	5. ตารางการนับอายุการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. (เอกสารแนบท้าย)	จำนวน	1 แผ่น

ด้วย คณะกรรมการดำเนินการ สส.ชสอ. ชุดที่ 6 คราวประชุมครั้งที่ 6/2564 เมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2564 เห็นชอบให้เปิดรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. กรณีพิเศษ สำหรับผู้ที่ไม่เกิน 60 ปี ให้ศูนย์ประสานงานดำเนินการรับสมัครสมาชิกเพิ่มมากขึ้น

ทั้งนี้ อาศัยอำนาจตามข้อบังคับ สส.ชสอ. หมวด 4 ข้อ 9 วรรคสอง ในโอกาสนี้คณะกรรมการดำเนินการ สส.ชสอ. พิจารณาเปิดรับสมัครสมาชิกเป็นกรณีพิเศษ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึง 31 มีนาคม 2565 โดยให้เป็นไปตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดรับสมัครรอบพิเศษ วันที่ 1 มกราคม - 31 มีนาคม 2565 (ระยะเวลา 3 เดือน)
- รับสมัครเป็นสมาชิกประเภทสามัญ และอายุไม่เกิน 60 ปี โดยมีเงื่อนไข คือ
 - มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ณ วันที่สมัคร
 - อายุไม่เกิน 60 ปี (ต้องเป็นผู้ที่เกิดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2505 เป็นต้นไป)
 - เป็นสมาชิกประเภทสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์มาแล้ว ไม่น้อยกว่า 1 ปี
- กำหนดการพิจารณาอนุมัติรับเป็นสมาชิก ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2565 - 31 พฤษภาคม 2565
- ผู้สมัครที่ผ่านการพิจารณาจะได้รับสิทธิการเป็นสมาชิก สส.ชสอ. ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2565 หากเสียชีวิตด้วยโรคตามประกาศ ฉบับที่ 17/2563 ผู้รับเงินสงเคราะห์จะไม่ได้เงินสงเคราะห์ ยกเว้นเสียชีวิตกรณีอุบัติเหตุ

5. ผู้สมัครต้องชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าบำรุงรายปี เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าตามที่สมาคมกำหนด พร้อมเงินสมทบเข้า “กองทุนเพื่อความมั่นคง” ด้วยความสมัครใจครบถ้วนตามอัตราที่กำหนด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายอุทัย ศรีเทพ)

นายกสมาคมปากกีสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิก
ของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย



ประกาศ

สมาคมฯ ปณิกสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย

ที่ 35/2564

เรื่อง การรับสมัครสมาชิกสมาคมฯ ปณิกสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย
กรณีพิเศษ (สำหรับผู้ที่อายุไม่เกิน 60 ปี)

ด้วย มติคณะกรรมการดำเนินการ สมาคมฯ ปณิกสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.) ชุดที่ 6 คราวประชุมครั้งที่ 6/2564 เมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2564 เห็นชอบให้เปิดรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. กรณีพิเศษ สำหรับผู้ที่อายุไม่เกิน 60 ปี

ทั้งนี้ อาศัยอำนาจตามข้อบังคับ สส.ชสอ. หมวด 4 ข้อ 9 วรรคสอง คณะกรรมการดำเนินการ สส.ชสอ. พิจารณาเปิดรับสมัครสมาชิกเป็นกรณีพิเศษ โดยยกเว้นคุณสมบัติในข้อ 9.1 (5) และ ข้อ 9.2 (8) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึง 31 มีนาคม 2565 โดยให้เป็นไปตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

1. กำหนดรับสมัครรอบพิเศษ วันที่ 1 มกราคม 2565 - 31 มีนาคม 2565 (ระยะเวลา 3 เดือน)
2. รับสมัครเป็นสมาชิก อายุไม่เกิน 60 ปี โดยมีเงื่อนไข คือ

2.1 ผู้สมัครมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงไม่เป็นผู้พิการหรือทุพพลภาพ

2.2 สมาชิกกรณีพิเศษจะได้รับสิทธิการเป็นสมาชิก ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2565 หากเสียชีวิตด้วยโรคตามประกาศ ฉบับที่ 17/2563 เรื่อง การกำหนดโรคที่ไม่รับเป็นสมาชิก สส.ชสอ. (โรคมะเร็ง, โรคหัวใจหรือหลอดเลือด, โรคหัวใจในระยยะอันตราย, โรคเบาหวานขั้นรุนแรง, โรคเอดส์, โรคเอสแอลอี (SLE), โรคตับแข็ง, โรคปอดเรื้อรัง และภาวะไตวาย (ล้างไต) ยกเว้น อุบัติเหตุ ภายใน 1 ปี (ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2565 - 31 พฤษภาคม 2566) ผู้รับเงินสงเคราะห์จะไม่ได้รับเงินสงเคราะห์ และทาง สส.ชสอ. จะนำส่งเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า, เงินค่าบำรุง และเงินสมทบเข้ากองทุนคืนให้กับทายาทต่อไป

2.3 ผู้สมัครต้องเป็นสมาชิกประเภทสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ที่เป็นสมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย จำกัด อย่างน้อย 1 ปี

3. กำหนดการพิจารณาอนุมัติรับเป็นสมาชิก ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2565 - 31 พฤษภาคม 2565

4. ต้องนำส่งเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าและเงินสมทบเข้า “กองทุนเพื่อความมั่นคง” ด้วยความสมัครใจครบถ้วน ตามอัตราที่กำหนด

ขั้นตอนการรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. กรณีพิเศษ มีดังนี้

1. แบบฟอร์มการสมัคร

ใบสมัครสมาชิก สส.ชสอ. พร้อมหนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
ขอรับแบบฟอร์มใบสมัครที่สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดที่เป็นศูนย์ประสานงานของ สส.ชสอ. หรือ
ดาวน์โหลดจาก www.fscct.or.th

2. เอกสารหลักฐานการสมัคร

- 2.1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรข้าราชการ ของผู้สมัคร
- 2.2 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร
- 2.3 ใบรับรองแพทย์ออกโดยโรงพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลของรัฐฉบับจริง (อายุไม่เกิน 30 วัน
นับถึงวันที่สมัคร)
- 2.4 แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง สส.ชสอ.ส.5 (30 ก.ย. 63) โดยให้ผู้สมัครรับรองประวัติการรักษา
โรคตามประกาศ ฉบับที่ 17/2563 เรื่องการกำหนดโรคที่ไม่รับเป็นสมาชิก พร้อมทั้งให้เจ้าหน้าที่
ศูนย์ประสานงาน และผู้รับเงินสงเคราะห์ ลงนามเป็นพยาน
- 2.5 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับเงินสงเคราะห์
- 2.6 สำเนาเอกสารประกอบอื่นๆ ตามที่กำหนด เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล เป็นต้น
- 2.7 สำเนาใบสำคัญแสดงการจดทะเบียนสมรส กรณีให้ผู้รับเงินสงเคราะห์เป็นคู่สมรส
- 2.8 หนังสือยืนยันการเป็นสมาชิกสามัญสหกรณ์ออมทรัพย์ อย่างน้อย 1 ปี
- 2.9 รูปถ่ายผู้สมัครแบบเต็มตัว ถ่าย ณ ศูนย์ประสานงาน สส.ชสอ. พร้อมพิมพ์ใส่กระดาษ A4 (ถ่ายรูป
ณ วันที่สมัคร)

หมายเหตุ เอกสารหลักฐานการสมัครทุกใบให้ผู้สมัครสมาชิกรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ ยกเว้น ข้อ 2.3

3. การสมัคร

- 3.1 สมัครพร้อมเอกสารหลักฐานด้วยตนเองที่สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดที่เป็นศูนย์ประสานงาน
ของ สส.ชสอ. โดยทาง สส.ชสอ. จะแต่งตั้งผู้ปฏิบัติงานทำหน้าที่รับสมัคร
- 3.2 กำหนดการสมัคร กรณีพิเศษ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึง 31 มีนาคม 2565 (ระยะเวลา 3เดือน)
- 3.3 ชำระเงินค่าสมัคร 20 บาท เงินค่าบำรุง 20 บาท เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า 4,800 บาท รวมเป็นเงิน
4,840 บาท
- 3.4 นำส่งเงินสมทบ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เก็บไว้ ดังนี้
 - 3.4.1. เพื่อใช้ชดเชยเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าไม่พอจ่ายของสมาชิกลาออก
 - 3.4.2. เพื่อใช้ชดเชยเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าไม่พอจ่ายของสมาชิกที่สิ้นสุดสมาชิกภาพ
 - 3.4.3. เพื่อนำรายได้ที่เกิดจากเงินกองทุนเพื่อความมั่นคงมาใช้เป็นสวัสดิการ หรือช่วยเหลือแก้ไขปัญหา
อันเกิดประโยชน์กับสมาคมฯ โดยให้เป็นไปตามมติของคณะกรรมการ

ตารางรายละเอียดการชำระเงินการรับสมัครสมาชิกกรณีพิเศษ

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึง 31 มีนาคม 2565

ลำดับ	รอบการสมัคร	อายุผู้สมัคร	พ.ศ.เกิด	เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าปี 2565			จำนวนปีของการคิดเงินสมทบ	เงินสมทบ	รวมจำนวนเงินทั้งสิ้น
				เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า	ค่าสมัคร	ค่าบำรุง			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(8)*4,800=(9)	(5)+(6)+(7)+(9)=(10)
1	รอบปกติ	อายุไม่เกิน 55 ปี	2510	4,800	20	20	-	-	4,840
2	รอบพิเศษ	อายุ 56 ปี	2509	4,800	20	20	1	4,800	9,640
3		อายุ 57 ปี	2508	4,800	20	20	2	9,600	14,440
4		อายุ 58 ปี	2507	4,800	20	20	3	14,400	19,240
5		อายุ 59 ปี	2506	4,800	20	20	4	19,200	24,040
6		อายุ 60 ปี	2505	4,800	20	20	5	24,000	28,840

4. ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.1 รับสมัครสมาชิก รับเงินค่าสมัคร ค่าบำรุงและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า พร้อมตรวจสอบหลักฐาน และตรวจสอบคุณสมบัติผู้สมัคร บันทึกข้อมูลรายบุคคลลงโปรแกรมคอมพิวเตอร์
หมายเหตุ ถ้าหากไม่บันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนภายในระยะเวลาที่กำหนดและไม่แจ้งมายัง สส.ชสอ สมาชิกจะได้รับสิทธิในรอบต่อไป

4.2 ศูนย์ประสานงาน ต้องนำส่งเอกสารประกอบการสมัครมายัง สส.ชสอ. ภายในวันที่ 10 พฤษภาคม 2565 ดังนี้

4.3.1 หนังสือยืนยันข้อมูลสมาชิก

4.3.2 เอกสารหลักฐานการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. ฉบับจริง (ทั้งชุด)

4.3.3 ใบรับรองแพทย์และแบบคำรับรองสุขภาพตนเอง ฉบับจริง

4.3.4 รูปถ่ายสมาชิกแบบเต็มตัว พร้อมพิมพ์ใส่กระดาษ A4 (ถ่ายรูป ณ วันที่สมัคร)

4.3 สส.ชสอ. ประชุมพิจารณาคุณสมบัติและอนุมัติการเป็นสมาชิก ภายในเดือน เมษายน 2565 ถึง พฤษภาคม 2565

4.4 ศูนย์ประสานงาน นำส่งเงินค่าสมัคร, ค่าบำรุงรายปี, เงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าและเงินสมทบ ให้ สส.ชสอ. ภายในวันที่ 10 พฤษภาคม 2565 ดังนี้

4.4.1 เงินค่าสมัคร 20 บาท และเงินค่าบำรุง 20 บาท รวม 40 บาท นำส่ง สส.ชสอ. 20 บาท

4.4.2 เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า 4,800 บาท นำส่ง สส.ชสอ. 4,800 บาท

4.4.3 สรุปศูนย์ประสานงาน นำส่งเงินให้ สส.ชสอ. รวมเป็นเงิน 4,820 บาท

4.4.4 เงินสมทบ ตามตารางรายละเอียดการชำระเงินที่ สส.ชสอ. กำหนด

/4.4.5 การโอนเงิน ...

4.4.5 การโอนเงิน ศูนย์ประสานงานโอนเงินเข้าบัญชีสมาคมได้ ธนาคารกรุงไทย ประเภทกระแสรายวัน เลขที่บัญชี 108-6-08932-4 สาขานนทบุรี โดยผ่านระบบ Bill Payment เท่านั้น หากไม่โอนเงินมายัง สส.ชสอ. ภายในระยะเวลาที่กำหนด สมาชิกจะได้รับสิทธิในรอบถัดไป

5. การแจ้งรายชื่อสมาชิกที่ผ่านการอนุมัติ

สส.ชสอ. แจ้งรายชื่อสมาชิกที่ได้รับสิทธิสมาชิกภาพการเป็นสมาชิก สส.ชสอ. ทาง www.fscct.or.th จัดทำทะเบียนและบัตรสมาชิก ส่งให้ทางศูนย์ประสานงาน ที่รับสมัครสมาชิก สส.ชสอ.

6. ติดต่อสอบถาม

1. ที่ตั้งสำนักงาน สส.ชสอ. อาคาร สฉ.สอ. ชั้น 6 เลขที่ 199/8 หมู่ 2 ถนนอินทร์ ต.บางสีทอง อ.บางกรวย จ.นนทบุรี 11130

2. เบอร์ติดต่อ

- โทรศัพท์สำนักงาน : 0-2496-1251-2 โทรสาร : 0-2496-1253
- เบอร์โทรศัพท์ นายสมชาย รัตนอารี ผู้จัดการ : 08-1686-9760
- เบอร์โทรศัพท์ นางสาวสุวคนธ์ สมใจ รองผู้จัดการ : 08-5952-5617
- เบอร์โทรศัพท์ ฝ่ายทะเบียน : 08-1826-1140 , 09-2208-1316
- เบอร์โทรศัพท์ ฝ่ายการเงิน : 08-1826-1104 , 09-2208-1317
- เบอร์โทรศัพท์ ฝ่ายธุรการ : 09-2208-1162
- เบอร์โทรศัพท์ ฝ่ายบัญชี : 08-1907-2641

3. ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด และศูนย์ประจำจังหวัด

ให้ศูนย์ประสานงาน สส.ชสอ. รับสมัครและประชาสัมพันธ์ให้กรรมการทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 8 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564



(นายอุทัย ศรีเทพ)

นายกสมาคมสถาปนิกสยามราชภัฏสหกรณ์สมาชิก
ของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย



สมาคมปากีสถานการสาธารณสุขสมาชิกของชุมชนสาธารณสุขแห่งประเทศไทย

เลขที่ 199/8 หมู่ที่ 2 ถนนนครินทร์ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130

เอกสารแนบท้ายประกาศ 35/2564

คุณสมบัติการสมัครเป็นสมาชิก สส.ชสอ.

- กำหนดรับสมัครรอบพิเศษ วันที่ 1 มกราคม – 31 มีนาคม 2565 (ระยะเวลา 3 เดือน)
- รับสมัครเป็นสมาชิก และอายุไม่เกิน 60 ปี โดยมีเงื่อนไข คือ
 - ผู้สมัครมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงไม่เป็นผู้พิการหรือทุพพลภาพ
 - ผู้สมัครสมาชิกกรณีพิเศษ จะได้รับสิทธิการเป็นสมาชิก ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2565 หากเสียชีวิตด้วยโรคตามประกาศ ฉบับที่ 17/2563 เรื่อง การกำหนดโรคที่ไม่รับเป็นสมาชิก สส.ชสอ. (โรคมะเร็ง, โรคหัวใจหรือหลอดเลือด, โรคหัวใจในระหว่างอันตราย, โรคเบาหวานขั้นรุนแรง, โรคเอดส์, โรคเอสแอลอี (SLE), โรคตับแข็ง, โรคปอดเรื้อรัง และภาวะไตวาย (ล้างไต) ยกเว้น อุบัติเหตุ ภายใน 1 ปี (ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2565 ถึง 31 พฤษภาคม 2566) ผู้รับเงินสงเคราะห์จะไม่ได้เงินสงเคราะห์ และทาง สส.ชสอ. จะนำส่งเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า, เงินค่าบำรุง และเงินสมทบเข้ากองทุนคืนให้กับทายาทต่อไป
 - ผู้สมัครต้องเป็นสมาชิกประเภทสามัญของสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ที่เป็นสมาชิกของชุมชนสาธารณสุขแห่งประเทศไทย จำกัด อย่างน้อย 1 ปี
- กำหนดการพิจารณาอนุมัติรับเป็นสมาชิก ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน -31 พฤษภาคม 2565
- ต้องนำส่งเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าและเงินสมทบเข้า “กองทุนเพื่อความมั่นคง” ด้วยความสมัครใจครบถ้วนตามอัตราที่กำหนด

ตารางรายละเอียดการชำระเงินการรับสมัครสมาชิกกรณีพิเศษ

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 31 มีนาคม 2565

ลำดับ	รอบการสมัคร	อายุผู้สมัคร	พ.ศ.เกิด	เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าปี 2565			จำนวนปีของการคิดเงินสมทบย้อนหลังเข้ากองทุน	เงินสงเคราะห์สมทบเข้ากองทุน	รวมจำนวนเงินทั้งสิ้น
				เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า	ค่าสมัคร	ค่าบำรุง			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(8)*4,800=(9)	(5)+(6)+(7)+(9)=(10)
1	รอบปกติ	อายุไม่เกิน 55 ปี	2510	4,800	20	20	-	-	4,840
2	รอบพิเศษ	อายุ 56 ปี	2509	4,800	20	20	1	4,800	9,640
3		อายุ 57 ปี	2508	4,800	20	20	2	9,600	14,440
4		อายุ 58 ปี	2507	4,800	20	20	3	14,400	19,240
5		อายุ 59 ปี	2506	4,800	20	20	4	19,200	24,040
6		อายุ 60 ปี	2505	4,800	20	20	5	24,000	28,840



แบบตรวจสอบหลักฐานชุดใบสมัคร สส.ชสอ. (รายบุคคล)

สหกรณ์ออมทรัพย์ รหัส : พื้นที่ :

ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร เลขมาปนกิจ

วัน/เดือน/ปี เกิด : อายุ ปี เลขบัตรประชาชน :

รอบ วันที่สมัคร วันที่เริ่มเป็นสมาชิก

เอกสารหลักฐานการสมัคร สส.ชสอ. มีดังนี้

- ☐ 1. ใบสมัครสมาชิก สส.ชสอ. ส.1/1
- ☐ 2. สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ / กรรมการศูนย์ฯ สส.ชสอ. ส.1/2
- ☐ 3. หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงินและแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ฯ สส.ชสอ. ส.2/1
- ☐ 4. ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ให้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้ สส.ชสอ. ส.2/2
- ☐ 5. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชนของผู้สมัคร
- ☐ 6. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร
- ☐ 7. แบบรายงานสุขภาพตนเอง
- ☐ 8. ใบรับรองแพทย์ออกโดยโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลของรัฐฉบับจริง (อายุไม่เกิน 30วัน ถึงวันที่สมัคร)
- ☐ 9. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชนของผู้รับเงินสงเคราะห์ จำนวน คน
- ☐ 10. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับเงินสงเคราะห์ จำนวน คน
- ☐ 11. ทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- ☐ 12. หลักฐานแสดงการเป็นสมาชิก (ถ้ามี)
- ☐ 13. รูปถ่ายผู้สมัครแบบเต็มตัว ถ่าย ณ ศูนย์ประสานงาน สส.ชสอ. พร้อมพิมพ์ลงกระดาษ A4 ในวันที่สมัคร
- ☐ 14. เอกสารหลักฐานอื่นๆ

เจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ ผลการตรวจสอบ	คณะกรรมการศูนย์ฯ ผู้พิจารณา
เอกสาร ☐ ครบถ้วน ☐ ไม่ครบ	เอกสาร ☐ ครบถ้วน ☐ ไม่ครบ
อื่นๆ.....	อื่นๆ.....
.....	
(.....)	(.....)
ตำแหน่งผู้ตรวจสอบ	ตำแหน่ง



สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภากาชาดของชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย

เลขที่ 199/8 หมู่ที่ 2 ถนนนครินทร์ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130

หนังสือยืนยันข้อมูลสมาชิก และนำส่งเงินค่าสมัคร, ค่าบำรุงรายปี และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า รอบ 1/2565

ตามที่ ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด
รหัสศูนย์ ได้รับสมัครสมาชิก กรณีพิเศษ ในรอบ 1/2565 อายุไม่เกิน 60 ปี รับสมัครตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง
31 มีนาคม 2565

ศูนย์ประสานงานได้ตรวจสอบคุณสมบัติของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ทุกคนแล้ว ดังนี้

☐ เป็นสมาชิกประเภทสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ที่เป็นสมาชิกของชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย

- สมาชิกประเภท สามัญ (อายุไม่เกิน 60 ปี)	จำนวน.....คน
- สมาชิกประเภท สมทบ-คู่สมรส (อายุไม่เกิน 60 ปี)	จำนวน.....คน
- สมาชิกประเภท สมทบ-บิดา (อายุไม่เกิน 60 ปี)	จำนวน.....คน
- สมาชิกประเภท สมทบ-มารดา (อายุไม่เกิน 60 ปี)	จำนวน.....คน
- สมาชิกประเภท สมทบ-บุตร(อายุไม่เกิน 60 ปี)	จำนวน.....คน
รวม	จำนวน.....คน

☐ มีสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรข้าราชการ และสำเนาทะเบียนบ้าน

☐ มีใบรับรองแพทย์แผนปัจจุบันจากโรงพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลของรัฐ (ฉบับจริง)

☐ แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง สส.ชสอ.ส.5 (30 ก.ย. 63)

☐ มีสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับเงินสงเคราะห์

☐ มีสำเนาเอกสารประกอบอื่นๆ ตามที่กำหนด เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ นามสกุล ทะเบียนสมรส เป็นต้น

☐ รูปถ่ายสมาชิกแบบเต็มตัว พร้อมพิมพ์ใส่กระดาษ A4 (ถ่าย ณ วันที่สมัคร)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า ทะเบียนสมาชิก สส.ชสอ.และเอกสารหลักฐานของสมาชิกครบถ้วนและถูกต้อง
ทุกรายการ และดำเนินการโอนเงินให้ทาง สส.ชสอ. เรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่เดือน พ.ศ.
ธนาคาร จำนวนเงิน บาท

ลงชื่อ

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน สส.ชสอ.

สหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด

...../...../.....

หมายเหตุ : กรุณาส่งหนังสือฉบับนี้ พร้อมสำเนาใบโอนเงิน มายัง สส.ชสอ. ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ สส.ชสอ.
โทรศัพท์ 0-2496-1251-2, 08-1826-1140, 08-1826-1104 โทรสาร 0-2496-1253 หรือทาง E-mail : fsct.ifsct@gmail.com



สมาคมอแปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์อ้อมทรัพย์แห่งประเทศไทย
เลขที่ 199 หมู่ที่ 2 ถนนนครอินทร์ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130

๒ ๑ ๐๑

ส่วนของธนาคาร

โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากผู้ชำระเงิน

เพื่อเข้าบัญชี สมาคมอแปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์อ้อมทรัพย์แห่งประเทศไทย

☐ SCB เลขที่บัญชี 468-031959-8 (Bill Payment)(20/20)* วันที่

☐ KTB Company code 7204 (Bill Payment)(20/20)* สาขา

ชื่อสหกรณ์

รหัสสหกรณ์ : (Ref.No.1) :

--	--	--	--	--	--

กฎระเบียบเลขรหัสสหกรณ์ ให้ครบ 6 ตัว (ตัวอย่าง สอ.กรุงเจียงเทรา รหัส 0001 เป็น 000001)

ประเภทการโอนเงิน : (Ref.No.2) :

--	--	--

กรุณาเลือกประเภทการโอนเงิน

101 (ค่าสมัคร,ค่าบำรุง,เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า) 102 (เงินคงสภาพสมาชิก)

103 (เงินบริหาร 2 %) 104 (เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือ 70 %)

105 (อื่นๆ)

จำนวนเงิน (บาท)	
(ตัวอักษร)	(ตัวเลข)

หมายเหตุ :
แบบฟอร์ม 1 ใบ ต่อการโอน 1 รายการ เท่านั้น

ชื่อผู้นำฝาก
เบอร์โทร.....

เจ้าหน้าที่ธนาคารผู้รับเงิน

ชำระด้วยเงินสดที่ธนาคารได้ทุกสาขา (ค่าธรรมเนียม 20 บาท/รายการทั่วประเทศ)

โทร. 02-496-1251-2 ต่อ 107,105

สอบถาม กรุณาติดต่อ ฝ่ายการเงิน สส.ชสอ.



สมาคมอแปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์อ้อมทรัพย์แห่งประเทศไทย
เลขที่ 199 หมู่ที่ 2 ถนนนครอินทร์ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130

ส่วนของสหกรณ์

โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากผู้ชำระเงิน

เพื่อเข้าบัญชี สมาคมอแปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์อ้อมทรัพย์แห่งประเทศไทย

☐ SCB เลขที่บัญชี 468-031959-8 (Bill Payment)(20/20)* วันที่

☐ KTB Company code 7204 (Bill Payment)(20/20)* สาขา

ชื่อสหกรณ์

รหัสสหกรณ์ : (Ref.No.1) :

--	--	--	--	--	--

กฎระเบียบเลขรหัสสหกรณ์ ให้ครบ 6 ตัว (ตัวอย่าง สอ.กรุงเจียงเทรา รหัส 0001 เป็น 000001)

ประเภทการโอนเงิน : (Ref.No.2) :

--	--	--

กรุณาเลือกประเภทการโอนเงิน

101 (ค่าสมัคร,ค่าบำรุง,เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า) 102 (เงินคงสภาพสมาชิก)

103 (เงินบริหาร 2 %) 104 (เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือ 70 %)

105 (อื่นๆ)

จำนวนเงิน (บาท)	
(ตัวอักษร)	(ตัวเลข)

หมายเหตุ :
แบบฟอร์ม 1 ใบ ต่อการโอน 1 รายการ เท่านั้น

ชื่อผู้นำฝาก
เบอร์โทร.....

เจ้าหน้าที่ธนาคารผู้รับเงิน

ชำระด้วยเงินสดที่ธนาคารได้ทุกสาขา (ค่าธรรมเนียม 20 บาท/รายการทั่วประเทศ)

โทร. 02-496-1251-2 ต่อ 107,105

สอบถาม กรุณาติดต่อ ฝ่ายการเงิน สส.ชสอ.

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ :

☐ 1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ

☐ 2. สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ 3. สำเนาทะเบียนสมรส

☐ 4. ใบสำคัญการเปลี่ยน ชื่อ-สกุล (ถ้ามี)

☐ 5. ใบรับรองแพทย์ของรัฐฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน

☐ 6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์

☐ 7. แบบรายงานสุขภาพตนเอง

☐ 8. ทะเบียนรับรองบุตร



สส.ชสอ. ส.5/1 (พิเศษ)

(12 ม.ค.65)

กรณีพิเศษ
☐ ศูนย์ประสานงาน
☐ ศูนย์ประสานงานระดับจังหวัด

เลขฌาปนกิจ.....

รอบการสมัคร/.....

ใบสมัครสมาชิกสามัญ กรณีพิเศษ อายุ 60 ปี

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(1) ข้อมูลสมาชิก

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

เลขประจำตัวประชาชน -

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

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

เป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์เลขทะเบียนสมาชิก

(2) ข้อมูลดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ เป็น

☐ ครู ☐ ภารโรง ☐ ทหาร ☐ ตำรวจ ☐ ราชการ ☐ รัฐวิสาหกิจ ☐ ประกอบการ ☐ อื่นๆระบุ.....

สังกัด หน่วยงาน 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) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก จำนวน 4,840 บาท ดังนี้

☐ ชำระเป็นเงินสด ☐ ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน

(5.2) การชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้ารายปีครั้งต่อไป โดยให้สหกรณ์หักจาก ดังนี้

☐ ชำระเป็นรายเดือน (12 งวด) ☐ ชำระจากเงินปันผลเฉลี่ยคืน

☐ ชำระเป็นราย 3 เดือน (4 งวด) ☐ ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน

☐ ชำระเป็นราย 6 เดือน (2 งวด) ☐ ชำระจากการเก็บเงินล่วงหน้า จากเงินกู้สามัญ

☐ ชำระจากบัญชีโครงการฝากเพื่อสวัสดิการ/เงินฝากในสหกรณ์สมาชิก

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาวเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. รวมทั้งได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร และชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าครบถ้วน ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สส.ชสอ. เรื่องรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการศูนย์ประสานงาน

เรียน นาย/นาง/นางสาว สส.ชสอ.

ตรวจสอบแล้วรับรองว่า สมาชิกมีคุณสมบัติครบถูกต้อง

☐ เห็นควรรับเป็นสมาชิก สส.ชสอ.

☐ ไม่ควรรับเป็นสมาชิก สส.ชสอ. เนื่องจาก.....

.....

ผู้มีอำนาจเสนอ (แล้วแต่กรณี)

- ☐ เภรัญญิก/เลขานุการ ศูนย์ฯ
- ☐ อุปนายก ศูนย์ฯ
- ☐ ประธานศูนย์ฯ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ สส.ชสอ.

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สส.ชสอ. เรื่องรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการ สส.ชสอ.

คำสั่ง ☐ อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สส.ชสอ. ตั้งแต่วันที่.....
(คราวประชุมเมื่อวันที่.....)

☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

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

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1.ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์..... เลขทะเบียนสมาชิก.....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....

ทำงานประจำในตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....ต่อ.....

2.หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิให้.....

บุตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สส.ชสอ. พึงจ่าย หลังจากหักเงินค่าจัดการศพให้บุคคลที่ระบุไว้
และยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้
ให้เสร็จสิ้นเท่ากับจำนวนหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้

3.1บุตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

3.2บุตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

3.3บุตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

3.4บุตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

3.5บุตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการ
ใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ)ผู้ให้คำยินยอม (ลงชื่อ)พยาน

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

ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ให้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคล(ตามข้อบังคับ ฯ หมวด 7 ข้อ 23 และประกาศกระทรวงพัฒนาสังคม ฯ 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 ให้สมาคมฯ จ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 1. ตามลำดับก่อนหลัง ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯ แบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

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).....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
ณ วันที่



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

เลขประจำตัวประชาชน - อายุ ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. ดังนี้

- ☐ 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- ☐ 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- ☐ 3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ

4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

- (4.1) โรคมะเร็ง ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
- (4.2) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
- (4.3) โรคฉี่หนูในระยยะอันตราย ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
- (4.4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
- (4.5) โรคเอดส์ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
- (4.6) โรคเอสแอลอี (SLE) ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
- (4.7) โรคตับแข็ง ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
- (4.8) โรคปอดเรื้อรัง ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
- (4.9) ภาวะไตวาย (ล้างไต) ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

5. โรคร้ายแรงอื่นๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่า บันทึกถ้อยคำดังกล่าวที่ได้ให้ไว้ ข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ หากบันทึกถ้อยคำที่ได้แจ้งไว้ไม่ตรงกับความเป็นจริงแล้ว ขอให้ สส.ชสอ. ตัดสิทธิให้ข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติการเป็นสมาชิกได้ตามมติคณะกรรมการ สส.ชสอ. ข้าพเจ้าและผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิและใช้สิทธิใดๆ ในการที่ได้รับเงินสงเคราะห์ตามที่กำหนด เมื่อข้าพเจ้าได้เสียชีวิตตามข้อ (4.1)-(4.9) ทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบเงื่อนไขและข้อกำหนดแล้วว่าภายใน 1 ปีนับแต่ที่ สส.ชสอ. มีมติรับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว หากข้าพเจ้าเสียชีวิตไปก่อนครบกำหนด 1 ปี ทาง สส.ชสอ. จะไม่จ่ายเงินสงเคราะห์ให้ผู้รับเงินสงเคราะห์

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า และขอมอบอำนาจให้ สส.ชสอ. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ

ตัวบรรจง (.....)

(ผู้สมัครสมาชิก สส.ชสอ.)

ลงชื่อ

ตัวบรรจง (.....)

พยาน (เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน)

ลงชื่อ

ตัวบรรจง (.....)

พยาน (ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)



ใบแสดงความจำนงบริจาคเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือให้กับ สส.ชสอ.

วันที่

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....

มีความประสงค์ ขอบริจาคเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือ ของนาย/นาง/นางสาว.....
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก.....
ในส่วนที่เหลือหลังจากหักจ่ายค่าสงเคราะห์รายอื่นแล้ว จำนวน.....บาท (.....บาทถ้วน)

() เพื่อเข้าบัญชี “กองทุนเพื่อความมั่นคง”

() อื่น ๆ

ลงชื่อ.....ผู้รับเงินสงเคราะห์

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)