

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.3/1 (สมทบ)

ประเภทสมทบ

- คู่สมรส บิดา
- มารดา บุตร
- บุตรบุญธรรม

เลขณำปณกิจ.....

รอนการสมัศร/.....

ใบสมัศรสมำชก ประเภทสมทบ

สมำคณำปณกิจสงศรำห้สศกรณัสมำชกของคูนุณสมศกรณัออมศรัพย์แห่งประศภไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(1) ข้อมูลสมำชก

ขำพเจำ นาย/นาง/นางสว
.....

เลขประจำตัวประชำชน

เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง

สถำนภำพ โสศ สมรส คู่สมรสชื่อ..... หย่ำ หรือ หมำย

มำสมัศรสมำชกสมทบของนาย/นาง/นางสว เป็นสมำชกสมำณั

สมำชกสมำณัของสศกรณัออมศรัพย์ เลขทะเบียนสมำชก

(2) ข้อมูลค้ำรงค้ำแห่งหรือปฏิบัติหน้ำที่ เป็น

- ศร สำศรณศข ทหำร ค้ำรง รำชกร รัฐวิศำหกิจ ประกอบกร อื่นๆระบุ.....

สังกัด หน้ำงำน ค้ำรงค้ำแห่ง

(3) ที่อยู่ตำมทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล (แขวง)..... อำเภอ (เขต)..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....

(4) ที่อยู่ปัจจุบันที่สมำรถติดต่อได้

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล (แขวง)..... อำเภอ (เขต)..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์ที่ท้ำงำน..... โทรศัพท์มือถือ..... Email.....

(5) การชำระเงิน

(5.1) การชำระเงินค้ำสมัศรสมำชกครั้งแรก จำนวน 4,840 บำท คั้งนี้

- ชำระเป็นเงินสด ชำระจำกการเพิ่มเงินในกรำกู้สมำณั/กู้จุกเงิน

(5.2) การชำระเงินสงศรำห้ส่งหน้ำรำยปีครั้งต่อไป โดยให้สศกรณัหักจำก คั้งนี้

- ชำระเป็นรำยเดือน (12 งวด) ชำระจำกเงินปันผลเฉลี่ยคั้ง
- ชำระเป็นรำย 3 เดือน (4 งวด) ชำระจำกการเพิ่มเงินในกรำกู้สมำณั/กู้จุกเงิน
- ชำระเป็นรำย 6 เดือน (2 งวด) ชำระจำกการเก็บเงินส่งหน้ำ จำกเงินกู้สมำณั
- ชำระจำกบัญชีโครงกรำฝำกเพื่อสวัศศกรำ/เงินฝำกในสศกรณัสมำชก

ขำพเจำได้รับทรำบ และขำใจวัศดูประสงค้ของข้อมั้งคั้ง สมำคณำปณกิจสงศรำห้สศกรณัสมำชกของคูนุณสมศกรณัออมศรัพย์แห่งประศภไทยแล้ว มีควำมประสงค้สมัศรเป็นสมำชก และยินยอมปฏิบัติตำมข้อมั้งคั้งและเงื่อน ใจคั้งกล่ำวทุกประศกร

ลงชื่อ.....ผู้สมัศร

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

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

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการศูนย์ประสานงาน

เรียน นายก 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
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภครณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (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.....
บัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

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

3.1บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

3.2บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

3.3บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

3.4บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

3.5บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการ
ใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ)ผู้ให้คำยินยอม (ลงชื่อ)พยาน

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

ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคล(ตามข้อบังคับ ฯ หมวด7 ข้อ 23 และประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมฯ วิธีการจ่ายค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ ข้อ 3) ดังต่อไปนี้

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 1.1 สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา | 1.4 ปู่ ย่า ตา ยาย |
| 1.2 พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน | 1.5 หลง ป้า น้า อา |
| 1.3 พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน | 1.6 ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู |

ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯ จ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ1. ตามลำดับก่อนหลัง ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯ แบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อน โดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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



ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ทำการตรวจสอบประวัติและตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....อายุปี

วัน/เดือน/ปี เกิดเลขบัตรประชาชน

ปรากฏว่า นาย/นาง/นางสาว

- (1) มีสุขภาพแข็งแรง
- (2) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- (3) ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
- (4) ไม่เป็นโรคเหล่านี้

ไม่มี มี

- (4.1) โรคเมเร็ง ระบุ.....
- (4.2) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด ระบุ.....
- (4.3) โรควัณโรคในระยะอันตราย ระบุ.....
- (4.4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง ระบุ.....
- (4.5) โรคปอดเรื้อรัง ระบุ.....
- (4.6) โรคตับแข็ง ระบุ.....
- (4.7) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ระบุ.....
- (4.8) ภาวะไตวาย ระบุ.....

(5) โรคร้ายแรงอื่นๆ ตามที่แพทย์ระบุ

ลงชื่อ

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

(โปรดประทับตราสถานบริการของรัฐ)

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งจากสถานพยาบาลของรัฐ ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
- (3) หากพบว่าเป็นโรค ตามข้อ (4),(5) หรือตามที่คณะกรรมการ เห็นว่าอันตราย สส.ชสอ. จะไม่รับเป็นสมาชิก
- (4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่ สส.ชสอ. กำหนดนี้เท่านั้น เพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สส.ชสอ. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 เป็นต้นไป



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

ข้าพเจ้า..... สมาชิกสหกรณ์
 เลขที่สหกรณ์ ได้ทำการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. รอบการสมัครที่
 และขอใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาล
 ขอเรียนว่าข้าพเจ้า มีประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

	ไม่มี	มี	
1. โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
2. โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
3. โรคฉีกขาดในกระดูกสันหลัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
4. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
5. โรคปอดเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
6. โรคตับแข็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
7. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
8. ภาวะไตวาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
9. โรคร้ายแรงอื่นๆ ตามที่แพทย์			ระบุ.....

เรียน นายกสมาคมณาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)
 ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่าข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บ
 ตามข้อ(1)-(9) และยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า โดยให้ สส.ชสอ. ขอประวัติการรักษาใน
 สถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัว หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จ ให้ถือว่าข้าพเจ้า
 ไม่มีสมาชิกภาพ สส.ชสอ. มาตั้งแต่ต้น ทาง สส.ชสอ. ไม่อนุมัติเป็นสมาชิก เงินค่าสมัคร เงินค่าบำรุง เงินสงเคราะห์
 ล่วงหน้า คืนให้กับผู้สมัคร

ลงชื่อ (ผู้สมัครสมาชิก สส.ชสอ.)
 ตัวบรรจง (.....)

ลงชื่อ (.....) พยาน (ญาติที่ใกล้ชิด,บิดา,มารดา,พี่น้องร่วมสายเลือด)
 ตัวบรรจง (.....)

ลงชื่อ พยาน (เจ้าหน้าที่/กรรมการศูนย์ประสานงาน)
 ตัวบรรจง (.....)



สหกรณ์ออมทรัพย์สามัญศึกษาจังหวัดชัยภูมิ จำกัด

72/27-28 ถนนชัยประสิทธิ์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ 36000

โทร. 044-830882 – 044-830470

โทรสาร. 044-830882

E – mail : coopsaman123@gmail.com

เอกสารชี้แจงสิทธิและคำยินยอมของผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก สสอ / สส.ชสอ

1. “สหกรณ์” ให้หมายความถึง สหกรณ์ออมทรัพย์สามัญศึกษาจังหวัดชัยภูมิ จำกัด
2. “สมาชิก” ให้หมายความถึง บุคคล และ/หรือ คณะบุคคล ที่คณะกรรมการสหกรณ์ได้มีมติให้รับเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์แล้วเท่านั้น
3. สมาชิกของสหกรณ์มีสิทธิสมัครเข้าเป็นสมาชิกของ สสอ / สส.ชสอ ได้
4. ในการสมัครเข้าเป็นสมาชิก สสอ / สส.ชสอ ผู้สมัครต้องจัดเตรียมเอกสารให้ถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ตามที่ สสอ / สส.ชสอ กำหนดไว้
5. สหกรณ์เป็น “ศูนย์ประสานงาน” ให้ สสอ / สส.ชสอ และมีหน้าที่ในการตรวจสอบเอกสาร คุณสมบัติเบื้องต้นของผู้สมัครเท่านั้น
6. ผู้สมัครจะเป็นสมาชิก สสอ / สส.ชสอ โดยสมบูรณ์ เมื่อคณะกรรมการ สสอ / สส.ชสอ มีมติให้รับเข้าเป็นสมาชิก สสอ / สส.ชสอ และแจ้งให้สหกรณ์ทราบถึงมตินั้น
7. กรณีที่ผู้สมัครยังยื่นเอกสารการสมัครหรือชำระเงินไม่ครบถ้วนก็ดี หรือในระหว่างที่สหกรณ์ดำเนินการตรวจสอบเอกสารและ/หรือคุณสมบัติของผู้สมัครก็ดี หรือในช่วงระยะเวลาใดๆก่อนที่ สสอ / สส.ชสอ จะมิมติรับเข้าเป็นสมาชิกก็ดี หากมีเหตุอันทำให้ผู้สมัครเสียชีวิตลง ผู้สมัครยังไม่มีสิทธิที่จะได้รับเงินฌาปนกิจสงเคราะห์ แต่จะได้รับเงินสงเคราะห์ (ล่วงหน้า) คั้น ยกเว้นค่าบำรุงและค่าธรรมเนียมในการสมัคร
8. ตามที่ข้าพเจ้าได้ยื่นใบสมัครสมาชิก สสอ และ/หรือ สส.ชสอ. แต่ยังมีได้ชำระค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปีและค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์หักเงินกู้ โดยนำไปชำระตามรายการที่กล่าวได้ และถือว่าเอกสารฉบับนี้เป็นคำยินยอมให้หักเงินเพื่อสมาชิกเอง

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง/นางสาว).....เลขทะเบียนสมาชิกที่.....

ได้รับทราบสิทธิและยินยอมให้ดำเนินการตามที่กล่าวข้างต้นทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

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