

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



**ใบสมัครสมาชิก**

**สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกและครอบครัวสหกรณ์ออมทรัพย์สามัญศึกษาจังหวัดชัยภูมิ พ.ศ. 2566**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ประเภท ก. (สมาชิกสามัญสหกรณ์ ฯ) | <input type="checkbox"/> คู่สมรส   | <input type="checkbox"/> บุตร                        |
| <input type="checkbox"/> ประเภท ข.                       | <input type="checkbox"/> บิดา มารดา  |  |
| <input type="checkbox"/> ประเภท ค.                       | <input type="checkbox"/> พี่น้องร่วม บิดา หรือมารดาเดียวกัน                    | <input type="checkbox"/> ปู่ย่า ตายาย ลุง ป้า น้า อา |
| <input type="checkbox"/> ประเภท ง.                       | <input type="checkbox"/> ข้าราชการ หรือเคยเป็นข้าราชการสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ |  |

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขที่ประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... คู่สมรสชื่อ.....

(1) ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่.....และเป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์..... เลขที่สมาชิก.....

(2) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)  
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล (แขวง).....  
อำเภอ (เขต)..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

(3) สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน..... อำเภอ (เขต).....  
จังหวัด..... โทรศัพท์ (ที่ทำงาน)..... E-mail.....

(4) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก จำนวน.....บาท และครั้งต่อไปชำระดังนี้  
 ชำระเป็นเงินสดทุกปี  หักชำระจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ของสมาชิก  
 หักชำระจากเงินปันผล,เฉลี่ยคืน  หักชำระจากการเพิ่มเงินกู้ให้สมาชิก

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกและครอบครัวสหกรณ์ออมทรัพย์สามัญศึกษาจังหวัดชัยภูมิ จำกัด แล้วมีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกและยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขที่.....

<p><b>สำหรับเจ้าหน้าที่</b></p> <p>ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัคร</p> <p>( ) เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติถูกต้องครบถ้วน</p> <p>( ) ได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน</p> <p>( ) ชำระเงินค่าสมัครและค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าแล้ว</p> <p>( ) ครอบงุมได้รับเป็นสมาชิก</p> <p>ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สมาคมฯ</p> <p>(.....)</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้จัดการสมาคมฯ</p> <p>(.....)</p>	<p><b>สำหรับคณะกรรมการ</b></p> <p>( ) ครอบงุมได้รับเป็นสมาชิก</p> <p>( ) อื่น ๆ (ระบุ).....</p> <p>ลงชื่อ.....กรรมการและเลขานุการ</p> <p>(.....)</p> <p><b>การอนุมัติ</b></p> <p>( ) อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สม.สศ.ชย.เมื่อวันที่.....</p> <p>( ) ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....</p> <p>ลงชื่อ.....นายกสมาคม</p> <p>(.....)</p>
--	---



**แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง**

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....  
 สมาชิกสหกรณ์..... เลขที่สมาชิกสหกรณ์.....  
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ได้ทำการสมัครสมาชิก สม.สศ.ชย. รอบสมัครเดือน.....  
 และขอใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาล.....  
 ขอเรียนว่าข้าพเจ้ามีประวัติการรักษาโรคดังนี้

	ไม่มี	มี	
1. โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
2. โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
3. โรคฉี่หนู	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
4. โรคเบาหวานขึ้นรุนแรง	<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.....			

เรียน นายกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกและครอบครัวสหกรณ์ออมทรัพย์สามัญศึกษาจังหวัดชัยภูมิ จำกัด(สม.สศ.ชย.)  
 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับ โรคถือว่าการสมัครเป็นสมาชิก  
 เป็นโมฆะ ให้ สม.สศ.ชย. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิกได้ทันที และข้าพเจ้า ตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่  
 ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใดๆและขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้งข้าพเจ้าไม่ตั้งใจที่จะ  
 เรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจาก สม.สศ.ชย. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคมทุกประการ  
 ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าโดยมอบให้ สม.สศ.ชย.ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจาก  
 สถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ..... (ผู้สมัครสมาชิก สม.สศ.ชย.)  
 ตัวบรรจง (.....)  
 ลงชื่อ.....พยาน  
 ตัวบรรจง (.....)  
 ลงชื่อ.....พยาน (เจ้าหน้าที่สมาคม /กรรมการสมาคม)  
 ตัวบรรจง (.....)



**หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงินและแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์  
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกและครอบครัวสหกรณ์ออมทรัพย์สามัญศึกษาจังหวัดชัยภูมิ**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขสมาชิกสหกรณ์.....  
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. กรณีข้าพเจ้ามีภาระหนี้ค้างอยู่กับสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด ข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ ต้นสังกัด  
หักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อน



3. เงินที่เหลือจากข้อ 2 ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาจ่ายเงินสงเคราะห์ที่พึงจ่ายให้กับบุคคล ดังต่อไปนี้

3.1.....เกี่ยวข้องกับ..... เบอร์โทรศัพท์.....	3.4.....เกี่ยวข้องกับ..... เบอร์โทรศัพท์.....
3.2.....เกี่ยวข้องกับ..... เบอร์โทรศัพท์.....	3.5.....เกี่ยวข้องกับ..... เบอร์โทรศัพท์.....
3.3.....เกี่ยวข้องกับ..... เบอร์โทรศัพท์.....	3.6.....เกี่ยวข้องกับ..... เบอร์โทรศัพท์.....

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

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ  
ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม

(ลงชื่อ).....พยาน

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่สมาคมฯ

(ลงชื่อ).....นายกสมาคมฯ



**ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้**

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพซึ่งต้องเป็นบุคคล (ตามข้อบังคับฯ 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

ถ้าไม่มีบุคคลอื่นที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัครให้สมาคมฯจ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 1 ตามลำดับก่อนหลัง โดยผู้อยู่ลำดับก่อนยอมตัดสิทธิ์ผู้อยู่ลำดับหลังแต่ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคนให้สมาคมแบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ตามหนังสือยินยอมตามข้อ 3 ทุกคนยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อน โดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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

