

ស.ស.ក. 1/1 (សាមញ្ញ)

สมัครผ่าน

- ☐ ศูนย์ประสานงาน
 - ☐ สัมผัสตรง



เลขแผนงาน.....

รอบการสมัคร.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

สถานที่ปฏิบัติงานชื่อหน่วยงาน.....ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์(ที่ทำงาน).....

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล (แขวง).....

อำเภอ (เขต).....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล (แขวง).....

อำเภอ (เขต).....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

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

5.1 การชำระเงิน ดังนี้

ค่าสมัคร	100 บาท
----------	---------

ค่าบำรุงรายปี 50 บาท

เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า 1,250 บาท

รวมเป็นเงิน	1,400 บาท
-------------	-----------

☐ ชำระเป็นเงินสด

☐ ชำระจากการเพิ่มเงินในการกักสามัญ/กักเงิน

☐ ชำระจากเงินปันผล, เจลียคืน

☐ 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)

☐ เற்றுญิก/เลขานุการ ศูนย์ฯ

☐ รองประธานศูนย์ฯ

☐ ประธานศูนย์ฯ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการ สส.สก.

คำสั่ง ☐ อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สส.สก. ตั้งแต่วันที่.....

วันที่.....

(คราวประชุมเมื่อ

วันที่.....)

☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

.....
.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

☐ เற்றுญิก/เลขานุการ สส.สก.

☐ อุปนายก สส.สก.

☐ นายก สส.สก.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกขบวนการสหกรณ์ไทย (สส.สท.)

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.สท. 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 ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู

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 โรคฉี่หนูในระยะอันตราย	☐	☐	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. โรคภัยร้ายแรงอื่น ๆ (ระบุ).....

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

ข้าพเจ้าได้รับทราบเงื่อนไข และยินยอมเปิดเผยประวัติของข้าพเจ้าและขอมอบอำนาจให้ สส.สก. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้สมัครสมาชิก สส.สก.

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

(เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสาน)

งานลงชื่อ.....พยาน

(.....)

(ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)