



**แบบตรวจสอบหลักฐานชุดใบสมัคร สส.ชสอ. (รายบุคคล)**

สหกรณ์ออมทรัพย์..... รหัส..... พื้นที่.....  
 ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร..... เลขบัตรประชาชน.....  
 วัน/เดือน/ปี เกิด..... อายุ..... ปี วันที่สมัคร.....  
 เลขมาปนกิจ..... รอบสมัคร..... วันที่เริ่มเป็นสมาชิก.....

**เอกสารหลักฐานการสมัคร สส.ชสอ. ดังนี้**

- 1. ใบสมัครสมาชิก : สส.ชสอ.ส.1/1
- 2. สำหรับเจ้าหน้าที่ กรรมการ ศูนย์ประสานงานและสมาคม : สส.ชสอ.ส.1/2
- 3. หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ : สส.ชสอ.ส.1/3
- 4. ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้ : สส.ชสอ.ส.1/4
- 5. แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง : สส.ชสอ.ส.5 (30 ก.ย.63)
- 6. รูปถ่าย ณ วันยื่นเอกสาร ตามแบบฟอร์มที่สมาคมกำหนด
- 7. สำเนาบัตรประชาชน หรือ บัตรข้าราชการของผู้สมัคร
- 8. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร
- 9. สำเนาบัตรประชาชน หรือ บัตรข้าราชการของผู้รับเงินสงเคราะห์ จำนวน.....คน
- 10. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับเงินสงเคราะห์ จำนวน.....คน
- 11. ใบรับรองแพทย์ออกโดยโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลของรัฐฉบับจริง (อายุไม่เกิน 30 วัน นับถึงวันที่สมัคร)
- 12. หลักฐานการเป็นสมาชิกประเภทสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด
- 13. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- 14. เอกสารหลักฐานอื่นๆ.....

เจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ ผู้ตรวจสอบ	คณะกรรมการศูนย์ฯ ผู้พิจารณา
เอกสารหลักฐาน <input type="checkbox"/> ครบถ้วน <input type="checkbox"/> ไม่ครบ อื่นๆ.....  (.....) ตำแหน่ง..... ผู้ตรวจสอบเอกสาร ..... / ..... / .....	เอกสารหลักฐาน <input type="checkbox"/> ครบถ้วน <input type="checkbox"/> ไม่ครบ อื่นๆ.....  (.....) ตำแหน่ง..... ผู้พิจารณาคุณสมบัติ ..... / ..... / .....

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ :

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการผู้สมัคร

2. สำเนาทะเบียนบ้านผู้สมัคร

3. ใบรับรองแพทย์ของรัฐฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน

4. แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

5. สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์

6. รูปถ่าย ๓ นิ้วยื่นเอกสาร

7. หนังสือรับรองการเป็นสมาชิกประเภทสามัญของ สอ.

8. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)

9. ใบสำคัญการเปลี่ยน ชื่อ-สกุล (ถ้ามี)

10. ทะเบียนรับรองบุตร (ถ้ามี)



สส.ชสอ. ส.3/1 (สมทบ)

ประเภทสมทบ	
<input type="radio"/> คู่สมรส	<input type="radio"/> บิดา
<input type="radio"/> มารดา	<input type="radio"/> บุตร
<input type="radio"/> บุตรบุญธรรม	
สมัครผ่าน	
<input type="radio"/> ศูนย์ประสานงาน	
<input type="radio"/> ศูนย์ประสานงานระดับจังหวัด	
สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม	
เลขมาปนกิจ.....	
รอบสมัคร...../.....	

## ใบสมัครสมาชิก ประเภทสมทบ

สมาคมมาปนกิจสงเคราะห์สภกรณสมาชิกของชุมชนสหกรณอมทรพยแห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

### (1) ข้อมูลสมาชิก :

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

เลขประจำตัวประชาชน           เพศ  ชาย  หญิง

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

สมัครสมาชิกสมทบของนาย/นาง/นางสาว.....

เป็นสมาชิกสามัญของสหกรณอมทรพย..... เลขทะเบียนสมาชิก.....

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

### (2) กลุ่มวิชาชีพของศูนย์ประสานงานต้นสังกัด :

ครู  สาธารณสุข  ทหาร  ตำรวจ  ราชการ  รัฐวิสาหกิจ  ประกอบการ

สังกัด..... หน่วยงาน..... ตำแหน่ง.....

### (3) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน :

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

### (4) ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ :

ชื่อหมู่บ้าน/คอนโด/อื่นๆ..... บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

### (5) การชำระเงิน

(5.1) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก จำนวน 4,840 บาท ดังนี้

ชำระเป็นเงินสด  ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน

(5.2) การชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้ารายปีครั้งต่อไป โดยให้สหกรณหัก ดังนี้

ชำระเป็นรายเดือน (12 งวด)  ชำระจากเงินปันผล,ผลเสียดิน

ชำระเป็นราย 3 เดือน (4 งวด)  ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน

ชำระเป็นราย 6 เดือน (2 งวด)  ชำระจากการเก็บเงินล่วงหน้า จากเงินกู้สามัญ

ชำระจากบัญชีโครงการฝากเพื่อสวัสดิการ/เงินฝากในสหกรณสมาชิก

\*\* ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมมาปนกิจสงเคราะห์สภกรณสมาชิกของชุมชนสหกรณอมทรพยแห่งประเทศไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ และเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ \*\*

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

### สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....เป็นผู้มีคุณสมบัติ  
ในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. รวมทั้งได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร และชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าบำรุง และ  
เงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าครบถ้วน ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สส.ชสอ. เรื่อง การรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. หรือ  
การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....

### สำหรับคณะกรรมการศูนย์ประสานงาน

เรียน นายก สส.ชสอ.

ตรวจสอบแล้วรับรองว่า สมาชิกมีคุณสมบัติครบถูกต้อง

- เห็นควรรับเป็นสมาชิก สส.ชสอ.
- ไม่ควรรับเป็นสมาชิก สส.ชสอ. เนื่องจาก.....

<b>ผู้มีอำนาจเสนอ (แล้วแต่กรณี)</b> <input type="radio"/> เภรัญญิก/เลขานุการ ศูนย์ฯ <input type="radio"/> อุปนายก ศูนย์ฯ <input type="radio"/> ประธาน ศูนย์ฯ
---

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....

### สำหรับเจ้าหน้าที่ สส.ชสอ.

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. และได้แนบหลักฐานประกอบการ  
สมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าบำรุง และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าครบถ้วน ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ  
สส.ชสอ. เรื่อง การรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. หรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....

### สำหรับคณะกรรมการ สส.ชสอ.

- คำสั่ง  อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สส.ชสอ. ตั้งแต่วันที่.....  
(คณะกรรมการ.....คราวประชุมครั้งที่.....เมื่อวันที่.....)
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

<b>ผู้มีอำนาจเสนอ (แล้วแต่กรณี)</b> <input type="radio"/> กรรมการ สส.ชสอ. <input type="radio"/> อุปนายก สส.ชสอ. <input type="radio"/> 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..... โทรศัพท์มือถือ.....  
ทำงานประจำในตำแหน่ง..... สถานที่ทำงาน.....  
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

2. หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิให้.....  
เลขประจำตัวประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น..... เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สส.ชสอ. พึงจ่าย หลังจากหักเงินค่าจัดการศพให้บุคคลที่ระบุไว้และ  
ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ให้เสร็จสิ้น  
เท่ากับจำนวนหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้

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

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการ  
ใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้คำยินยอม (ลงชื่อ)..... พยาน  
(ลงชื่อ)..... ผู้จัดการ/จนท.ศูนย์ฯ (ลงชื่อ)..... ประธานศูนย์ฯ

**ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้**

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคล (ตามข้อบังคับสมาคม หมวด 7 ข้อ 23 และประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมฯ เรื่องวิธีการจ่ายเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัวฯ 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 ให้สมาคมฯ จ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 1 ตามลำดับก่อนหลัง ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯ แบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัวที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อนโดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร  
(.....)  
ณ วันที่.....

# ใบรับรองแพทย์

ใช้แบบฟอร์มของโรงพยาบาลของรัฐบาลที่ผู้สมัครใบรับการตรวจเท่านั้น

- หมายเหตุ
- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
  - (2) แพทย์สรุปความเห็นว่าเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือเป็นโรคใด ระบุโรค.....
  - (3) ใบรับรองแพทย์ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
  - (4) ประทับตราโรงพยาบาลของรัฐที่แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกายสังกัดให้ชัดเจน



### แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภากาชาดสมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

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) โรคหัวใจในระยยะอันตราย  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 บันทึกถ้อยคำดังกล่าวที่ได้ให้ไว้ข้างต้น เป็นความสัตย์จริงทุกประการ 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

ขอรับรองว่าเป็นความสัตย์จริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง (.....)

(ผู้สมัครสมาชิก สส.ชสอ.)

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง (.....)

พยาน (เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน)

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง (.....)

พยาน (ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)



- สมัครสมาชิก
- ขอความเป็นธรรม
- เปลี่ยนแปลงผู้รับเงินสงเคราะห์

## รูปถ่าย ณ วันยื่นเอกสาร

วันที่ยื่นเอกสาร.....

ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด

ชื่อ-นามสกุล.....เลขสมาชิกสหกรณ์.....เลขฌาปนกิจ.....

เบอร์ติดต่อ.....

แนบริรูปถ่ายผู้สมัครแบบเต็มตัว  
ในวันที่สมัคร ณ ศูนย์ประสานงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยื่นเอกสาร

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

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

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