

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

แบบฟอร์ม สสอ.รท. 1/2



ยกเลิก สสอ.รท.1/8
และใช้ สสอ.รท. 1/2 ฉบับนี้แทน
ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2566 เป็นต้นไป

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน, สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร, ผู้จัดการศพและผู้รับเงินสงเคราะห์ทุกราย
2. สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบรับรองแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งฉบับจริงที่มีความเห็นแพทย์ (ใช้แบบฟอร์มของโรงพยาบาลรัฐและระดับตรา) มีอายุไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
5. หนังสือรับรองสุขภาพตนเอง
6. ใบตรวจสุขภาพประจำปี (ปีปัจจุบัน)
7. หนังสือของสภกรณ์รับรองการกู้เงินสามัญ / หลักฐานการกู้เงิน

เลขประจำตัวสมาชิก สสอ.รท.....

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ/สมทบ

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)

(กรณีกู้เงินสามัญสหกรณ์อายุ 56 - 60 ปี)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน เพศ ชาย หญิง

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. สถานะภาพ โสด สมรส ชื่อ..... หม้าย หย่าร้าง

- (1) (1.1) เป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขที่.....
 (1.2) เป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขที่.....
 (1.3) สมาชิก สสอ.ต. สมาชิก สสอ.ค. สมาชิก สสอ.ท. เลขทะเบียน.....
 (1.4) สมาชิก อื่นๆ เลขทะเบียน.....

- (2) ดำรงตำแหน่ง.....หรือปฏิบัติหน้าที่.....
สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์(ที่ทำงาน).....โทรสาร.....

- (3) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์(ที่บ้าน).....โทรศัพท์มือถือ.....

- (4) สถานที่ติดต่อ/ส่งเอกสาร
 (4.1) เหมือนข้อ (3)
 (4.2) บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรสาร.....

- (5) หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตายขอมอบให้.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....เป็นผู้จัดการศพ

(6) การชำระเงิน

(6.1) การชำระเงินครั้งแรก

ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 40.- บาท ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 40.- บาท

เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าปีละ 5,000.- บาท (อายุไม่เกิน 55 ปี)

(ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2565 เป็นต้นไป)

(6.2) วิธีการชำระเงิน

กรณีสหกรณ์รับเป็นศูนย์ประสานงาน

ชำระที่ศูนย์ประสานงาน / โอนเข้าบัญชีศูนย์ประสานงาน

กรณีสมาชิกสมัครที่สมาคม

โอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี 987-3-26395-0 และส่งสำเนาให้สมาคม Fax.

หมายเลข 02-4961332 หรือ Line สมาคม หมายเลข 0924296660 ID Line : tgc.ifsct

(7) การชำระเงินครั้งต่อไป เพื่อต่อสมาชิกภาพ (ประมาณเดือนธันวาคมของทุกปี)

กรณีสหกรณ์รับเป็นศูนย์ประสานงาน

ชำระที่ศูนย์ประสานงาน / โอนเข้าบัญชีศูนย์ประสานงาน

กรณีสมาชิกสมัครที่สมาคม

ชำระเงินที่ Counter Service (7-Eleven) โดยสมาคมจะส่ง Bill Payment ให้สมาชิก

โอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี 987-3-26395-0 และส่งสำเนาให้สมาคม Fax. หมายเลข

02-4961332 หรือ Line สมาคม หมายเลข 0924296660 ID Line : tgc.ifsct

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์
ราชการไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ เงื่อนไข และระเบียบต่างๆ ทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร
(.....)

- หมายเหตุ :
- 1) ใบสมัคร 1/2 นี้ใช้เฉพาะสมาชิกที่มีอายุเกิน 55 ปี แต่ไม่เกิน 60 ปี ที่มีเงินกู้สามัญสหกรณ์และสหกรณ์ต้นสังกัดได้
รับเป็นศูนย์ประสานงานให้สมาคมแล้วเท่านั้น
 - 2) ให้เขียนใบสมัครด้วยลายมือตนเองเพื่อป้องกันการแก้ไขเปลี่ยนแปลงโดยท่านไม่ทราบ
 - 3) ข้อความใดที่มีการขีด ลบ ขีดฆ่า ขอให้ลงชื่อกำกับ
 - 4) สมาชิกสามัญ หมายถึง สมาชิกสามัญหรือสมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์
 - 5) ผู้สมัครต้องกรอกรายละเอียดในหนังสือรับรองสุขภาพตนเอง
 - 6) ผู้สมัครต้องมีใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของทางราชการที่ไปรับการตรวจที่มีอายุไม่เกิน 30 วัน
 - 7) ผู้สมัครเป็นสมาชิกจะมีสมาชิกภาพสมบูรณ์เมื่อพ้นกำหนด 6 เดือน นับแต่วันที่คณะกรรมการมีมติรับเข้าเป็นสมาชิก
ตามวันที่กำหนดตามข้อบังคับสมาคมฯ ข้อ 12 ยกเว้นกรณีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุและได้มีการพิสูจน์หลักฐานจากทาง
ราชการชัดเจนแล้ว
 - 8) ผู้สมัครที่มีอายุเกิน 55 ปี ต้องมีใบตรวจสุขภาพประจำปี นั้นๆ
 - 9) สมาชิกที่ละวันที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัวตามที่ระบุในหนังสือรับรองสุขภาพตนเองและถึง
แก่ความตายภายในหนึ่งปี นับตั้งแต่วันที่สมาคมอนุมัติรับเป็นสมาชิกด้วยโรคที่ระบุในหนังสือรับรองสุขภาพ
ตนเองจะไม่มีสิทธิได้รับเงินค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ครอบครัว ตามข้อบังคับสมาคมฯ ข้อ 12



สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสอ.รท. ตามข้อบังคับข้อ 10.1 ของสมาคมฯ และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า และอื่นๆ ตามข้อบังคับระเบียบ ประกาศ สสอ.รท. เรื่องรับสมัครสมาชิก หรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

- เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สสอ.รท.....
- ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงานหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

ความเห็นคณะกรรมการสมาคม สสอ.รท.

- อนุมัติเข้ารับเป็นสมาชิก สสอ.รท. ตั้งแต่วันที่.....ตามมติคณะกรรมการครั้งที่...../.....
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ

1. นายกสมาคม สสอ.รท.

2. กรรมการ สสอ.รท. ปฏิบัติหน้าที่แทนนายก สสอ.รท.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ใบรับรองแพทย์

ใช้แบบฟอร์มของโรงพยาบาลสำหรับผู้ที่ประสงค์จะรับการตรวจทางพันธุกรรม

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



เรื่อง หนังสือรับรองสุขภาพตนเอง

เรียน นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... อายุปี

โทร..... เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด

เลขที่สมาชิก..... ได้สมัครเป็นสมาชิก สสอ.รท. รอบการสมัครที่.....

ได้แนบใบรับรองแพทย์จาก..... แล้ว

และขอเรียนว่าระยะเวลาที่ผ่านมาข้าพเจ้ามีประวัติเกี่ยวกับการตรวจรักษาโรคต่อไปนี้ ดังนี้

1. โรคหัวใจหรือหลอดเลือด เป็น ไม่เป็น ระบุ
2. โรคหัวใจในระยะเวลาอันตราย เป็น ไม่เป็น ระบุ
3. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง เป็น ไม่เป็น ระบุ
4. โรคเมรั้งทุกชนิด ทุกระยะ เป็น ไม่เป็น ระบุ
5. โรคตับอักเสบ เป็น ไม่เป็น ระบุ
6. โรคปอดเรื้อรัง เป็น ไม่เป็น ระบุ
7. ภาวะไตวาย เป็น ไม่เป็น ระบุ
8. โรคร้ายแรงอื่น ๆ ตามที่แพทย์ระบุ

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่าข้อความตามข้อ 1 - 8 เป็นความจริงทุกประการและยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าหรือให้ สสอ.รท. ขอประวัติการรักษาจากสถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าเข้ารับการรักษาหรือที่เกี่ยวข้องได้

หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัวและถึงแก่ความตายภายในหนึ่งปี นับตั้งแต่วันที่สมาคมรับเป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอมให้ถือว่าข้าพเจ้าไม่มีสถานะเป็นสมาชิกมาตั้งแต่วันสมัคร ไม่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์และให้ทางสมาคมคืนเฉพาะเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า และเงินค่าบำรุงรายปีให้แก่บุคคลที่ข้าพเจ้าแจ้งไว้ในใบสมัครด้วย

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน (ญาติที่ใกล้ชิด บิดา, มารดา, พี่ น้อง ฯลฯ)

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน (กรรมการ/เจ้าหน้าที่ศูนย์)

(.....) ตัวบรรจง



สสอ.รท.3/2

หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัว
สมาคมสมาคมนักสวดมนต์สมาชิกรัฐสภา (สสอ.รท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สมาชิก สามัญ สมทบ ของสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขทะเบียนที่.....
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
ทำงานประจำในตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....ต่อ.....

(1) ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สสอ.รท. พึ่งจ่าย หลังจากหักเงินค่าจัดการศพให้บุคคลที่ระบุไว้แล้ว ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคลดังต่อไปนี้

(1.1).....เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่.....โทร.....

(1.2).....เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่.....โทร.....

(1.3).....เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่.....โทร.....

โดยมีเงื่อนไขการรับดังนี้ ได้รับส่วนแบ่งเท่ากันทุกคน อื่น ๆ

ถ้าคนใดตายไปก่อนข้าพเจ้า ผู้นั้นเป็นอันหมดสิทธิ และหากมีเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าเหลืออยู่ ก็ให้มอบแก่ผู้มีสิทธิที่เหลืออยู่
ดังกล่าวข้างต้น

(2) ข้าพเจ้าในฐานะสมาชิกสมาคมสมาคมนักสวดมนต์สมาชิกรัฐสภา (สสอ.รท.) จะนำส่งเงินค่า
บำรุง รายปี และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าหรือเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าไม่พอจ่ายตามที่เรียกเก็บ ส่งศูนย์ประสานงานที่สมัคร หรือ ส่งให้
สมาคมภายในเดือนธันวาคมของทุกปี หรือภายในเวลาที่สมาคมฯ กำหนด

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใด ๆ
ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้คำยินยอมสมัคร

(ลงชื่อ) พยาน

(ลงชื่อ) ผู้จัดการ/จนท.ศูนย์ประสานงานฯ

(ลงชื่อ) ประธาน/กรรมการศูนย์ประสานงานฯ

หมายเหตุ

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ขอให้เป็นผู้บุคคล ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องวิธีการจ่ายค่าจัดการศพ หรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัว การใช้จ่ายและการเก็บรักษาเงินของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ วันที่ 27 ธันวาคม 2545 ที่กำหนดให้ผู้ได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวจะต้องเป็นผู้บุคคลในครอบครัว ดังนี้

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

ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯ จ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 1.1 - 1.6 ตามลำดับก่อนหลังผู้อยู่ในลำดับก่อนย่อมต้องตัดสิทธิผู้อยู่ในลำดับหลัง แต่ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯ แบ่งเงินค่าจัดการศพและหรือเงินสงเคราะห์ที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ตามรายชื่อท้ายเอกสารนี้ ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินในส่วนที่สมาชิกผู้ตายมีภาระผูกพันกับสหกรณ์โดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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
(.....)

เรียน นายกสมาคมฅปนกิจสงเคราะห้สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย

ข้าพเจ้า..... สมาชิกศูนย์ประสานงาน
สหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด ทะเบียนเลขที่.....
ขอสนับสนุนกิจกรรมของกองทุนเพื่อความมั่นคงและช่วยเหลือสมาชิก เป็นเงินจำนวน..... บาท
(.....)

.....ผู้ให้การสนับสนุน
(.....)

.....พยาน
(.....)

.....พยาน(เจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ)
(.....)