

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง
เอกสารประกอบ
1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน, สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้สมัครและผู้รับเงินสงเคราะห์ทุกราย
2. สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
3. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง (ใช้แบบฟอร์มของโรงพยาบาลรัฐบาล) มีอายุไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
4. หนังสือรับรองสุขภาพตนเอง
5. หลักฐานการเป็นสมาชิกสมาคม (สสอ.ต.)
6. หลักฐานที่เกี่ยวข้อง

ใบสมัครสมาชิกสมทบ (กลุ่มอาชีพ) ตำรวจ



เลขประจำตัวสมาชิก สสอ.รท.....

สมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

(1) เป็นสมาชิกสมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจ (สสอ.ต.) เลขทะเบียนที่
รอบการสมัคร พ.ศ.....

(2) ปัจจุบันข้าพเจ้าดำรงตำแหน่ง.....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..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรสาร.....
โทรศัพท์มือถือ.....

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

(5) หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตายขอมอบให้.....อยู่บ้านเลขที่..... หมู่.....
ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... โทรศัพท์..... เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้าเป็นผู้จัดการศพ

(6) การชำระเงิน

(6.1) การชำระเงินครั้งแรก

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 40.- บาท | <input type="checkbox"/> ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 40.- บาท |
| <input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า เป็นเงิน 4,800.- บาท | รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน 4,880.- บาท |

(6.2) วิธีการชำระเงิน

กรณีสหกรณ์รับเป็นศูนย์ประสานงาน

ชำระที่ศูนย์ประสานงาน / โอนเข้าบัญชีศูนย์ประสานงาน

กรณีเป็นสมาชิกสมัครตรง (สมัครที่สมาคม)

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

กรณีเป็นสมาชิกสมัครตรง

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 สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขต่างๆ ทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร
(.....)

หมายเหตุ :

- 1) โปรดเขียนใบสมัครด้วยลายมือตนเองเพื่อป้องกันการแก้ไขเปลี่ยนแปลงโดยที่ท่านไม่ทราบ
- 2) ข้อความใดที่มีการขีด ลบ ขีดฆ่า ขอให้ลงชื่อกำกับ
- 3) สมาชิกสมทบ /สถานที่สมัคร
 - เป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ (สสอต.)
 - สมัครด้วยตนเองที่สมาคมหรือสถานที่ที่สมาคมกำหนด
- 4) ผู้สมัครต้องกรอกรายละเอียดในหนังสือรับรองสุขภาพตนเอง
- 5) ผู้สมัครต้องมีใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของทางราชการที่ไปรับการตรวจที่มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- 6) ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกจะมีสมาชิกภาพสมบูรณ์เมื่อพ้น 6 เดือน นับแต่วันที่คณะกรรมการมีมติรับเข้าเป็นสมาชิกตามวันที่ กำหนดตามข้อบังคับสมาคมฯ ข้อ 12 ยกเว้นกรณีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุและได้มีการพิสูจน์หลักฐานจากทางราชการชัดเจนแล้ว
- 7) สมาชิกที่ละวันที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัวตามที่ระบุในหนังสือรับรองสุขภาพตนเองและถึงแก่ความตายภายในหนึ่งปี นับตั้งแต่วันที่สมาคมรับเป็นสมาชิกไม่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ ตามข้อบังคับสมาคมฯ ข้อ 12



สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิกสหทบ สสอ.รท. ตามข้อบังคับข้อ 10.2 และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า และอื่นๆ ตามข้อบังคับระเบียบและประกาศของสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย เรื่องการรับสมัครสมาชิกหรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการอำนวยการสมาคม สสอ.รท. / ศูนย์ประสานงาน

เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิกสหทบ สสอ.รท.....

ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงานหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

ความเห็นคณะกรรมการสมาคม สสอ.รท.

อนุมัติเข้ารับเป็นสมาชิกสหทบ สสอ.รท. ตั้งแต่วันที่.....ตามมติคณะกรรมการครั้งที่...../.....

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ

1. นายกสมาคม สสอ.รท.

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

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ใบรับรองแพทย์

ใช้แบบฟอร์มของโรงพยาบาลสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการตรวจเท่านั้น

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



เรื่อง หนังสือรับรองสุขภาพตนเอง

เรียน นายกสมาคมฉนวนกีสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (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 | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | ระบุ |
| 2. โรคหัวใจในระยะเวลาอันตราย | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | ระบุ |
| 3. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | ระบุ |
| 4. โรคเมเร็งทุกชนิด ทุกระยะ | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | ระบุ |
| 5. โรคตับอักเสบ | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | ระบุ |
| 6. โรคปอดเรื้อรัง | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | ระบุ |
| 7. ภาวะไตวาย | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | 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



หนังสือแสดงเจตนาการให้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัว
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เป็นสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจ (สสอ.ต.) เลขทะเบียนที่.....ปัจจุบัน

ปัจจุบันข้าพเจ้าอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

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

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร.....

ทำงานในตำแหน่ง..... สถานที่ทำงาน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ที่ทำงาน..... ต่อ..... โทรสาร.....

(1) ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาให้บุคคลดังต่อไปนี้ เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวที่ สสอ.รท. พึ่งจ่าย

(1.1).....เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่..... โทร.....

(1.2).....เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่..... โทร.....

(1.3).....เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่..... โทร.....

โดยมีเงื่อนไขการรับดังนี้ ได้รับส่วนแบ่งเท่ากันทุกคน อื่น ๆ

ถ้าคนใดตายไปก่อนข้าพเจ้า ผู้นั้นเป็นอันหมดสิทธิ และหากมีเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าเหลืออยู่ ก็ให้มอบแก่ผู้มีสิทธิที่เหลืออยู่
ดังกล่าวข้างต้น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดง
เจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(2) ข้าพเจ้าในฐานะสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.) จะนำส่งเงินค่าบำรุง
รายปี และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าหรือเงินสงเคราะห์ที่ใช้เกินตามที่เรียกเก็บ ส่งศูนย์ประสานงานที่สมัคร หรือ ส่งให้สมาคมภายในเดือนธันวาคม
ของทุกปี หรือภายในเวลาที่สมาคมฯ กำหนด

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร

(ลงชื่อ).....ผู้จัดการศูนย์ประสานงานฯ

(ลงชื่อ).....ประธานศูนย์ประสานงานฯ/กรรมการ สสอ.รท.

(.....)

หมายเหตุ ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องวิธีการจ่ายค่าจัดการศพ หรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัว การใช้จ่าย
และการเก็บรักษาเงินของสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ วันที่ 27 ธันวาคม 2545 กำหนดให้บุคคลผู้ได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวจะต้องเป็นบุคคลในครอบครัว ดังนี้

1. สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา
2. พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน
3. พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน
4. ปู่ ย่า ตา ยาย
5. ลุง ป้า น้า อา
6. ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู