โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน, สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้สมัคร, ผู้จัดการศพและผู้รับเงินสงเคราะห์ทุกราย
2. สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบรับรองแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งฉบับจริงที่มีความเห็นแพทย์ (ใช้แบบฟอร์มของโรงพยาบาลรัฐบาลและประทับตรา) มีอายุไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
5. หนังสือรับรองสุขภาพตนเอง
6. กรณีที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ ต้องมีหลักฐานแสดงสังกัด
7. หลักฐานที่เกี่ยวข้อง

ใบสมัครสมาชิกสมทบ

ตามข้อ 10.2 **แบบฟอร์ม สสอ.รท. 1/1**

ยกเลิก สสอ.รท.1/1 - 1/7
และใช้ สสอ.รท. 1/1 ฉบับนี้แทน
ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2566 เป็นต้นไป

เลขประจำตัวสมาชิก สสอ.รท.....

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)

เขียนที่.....

วันที่.....**เดือน**.....**พ.ศ**.....

☐ **สมทบสมาชิกสามัญ** ☐ **คู่สมรส** ☐ **บิดา-มารดา** ☐ **บุตร**

☐ **สมทบเจ้าหน้าที่ของส่วนราชการไทย** ☐ **คู่สมรส** ☐ **บิดา-มารดา** ☐ **บุตร**

☐ **สมทบสหกรณ์กลุ่มวิชาชีพอื่น** ☐ **ตำรวจ** ☐ **ครู** ☐ **สาธารณสุข** ☐ **ทหาร** ☐ **อื่นๆ** .....

☐ **คู่สมรส** ☐ **บิดา-มารดา** ☐ **บุตร**

☐ **สมทบสหกรณ์ออมทรัพย์ส่วนราชการไทย** ☐ **คู่สมรส** ☐ **บิดา-มารดา** ☐ **บุตร**

☐ **ทายาทของสมาชิกที่เสียชีวิต**

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

เลขประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐ เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

เกิดวันที่.....เดือน. .....พ.ศ. ..... **สภานะภาพ** ☐ โสด ☐ สมรส ชื่อ.....☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง

(1) เป็น ☐ เป็นคู่สมรส ☐ บุตร ☐ บิดา ☐ มารดา ของ นาย/นาง/นางสาว..... สมาชิก สสอ.รท. ทะเบียนฌาปนกิจเลขที่..... (แนบหลักฐานความเกี่ยวข้อง)

(2) เป็นสมาชิกสมาคม..... ฌาปนกิจเลขที่..... สหกรณ์เลขที่..... (สมาชิกสมทบสหกรณ์กลุ่มวิชาชีพอื่น)

(3) ปัจจุบันข้าพเจ้าดำรงตำแหน่ง.....หรือปฏิบัติหน้าที่.....
สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์(ที่ทำงาน)..... โทรสาร.....

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

(5) สถานที่ติดต่อ/ส่งเอกสาร
☐ (5.1) เหมือนข้อ (4)
☐ (5.2) บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน..... โทรสาร.....
โทรศัพท์มือถือ.....

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

(7) การชำระเงิน

(7.1) การชำระเงินครั้งแรก

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

☐ เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าตามรอบการสมัคร

(7.2) วิธีการชำระเงิน

กรณีสหกรณ์รับเป็นศูนย์ประสานงาน

☐ ชำระที่ศูนย์ประสานงาน / โอนเข้าบัญชีศูนย์ประสานงาน

กรณีสมาชิกสมัครที่สมาคม

☐ โอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี 987-3-26395-0 และส่งสำเนาให้สมาคมทาง Line สมาคม หมายเลข 0924296660 ID Line : tgc.ifsct

(8) การชำระเงินครั้งต่อไป เพื่อต่อสมาชิกภาพ (ประมาณเดือนธันวาคมของทุกปี)

กรณีสหกรณ์รับเป็นศูนย์ประสานงาน

☐ ชำระที่ศูนย์ประสานงาน / โอนเข้าบัญชีศูนย์ประสานงาน

กรณีสมาชิกสมัครที่สมาคม

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

☐ โอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี 987-3-26395-0 และส่งสำเนาให้สมาคมทาง Line สมาคม หมายเลข 0924296660 ID Line : tgc.ifsct

สมาชิกสมทบที่เป็นคู่สมรส บิดา มารดา และบุตร ของสมาชิกสามัญ จะต้องพ้นสมาชิกภาพในกรณีที่สมาชิกสามัญผู้นั้นลาออก/พ้นสภาพ ยกเว้นกรณีเสียชีวิต

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ เงื่อนไข และระเบียบต่างๆ ทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

ขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(รับรองเฉพาะ กรณีผู้สมัครเป็น คู่สมรส บิดา มารดา และบุตร ของสมาชิกสมาคม)

ลงชื่อ.....

(.....)

สมาชิก สสอ.รท. เลขที่.....

หมายเหตุ : 1) โปรด**เขียนใบสมัครด้วยลายมือตนเอง**เพื่อป้องกันการแก้ไขเปลี่ยนแปลงโดยท่านไม่ทราบ

2) ข้อความใดที่มีการขูด ลบ ขีดฆ่า ขอให้ลงชื่อกำกับ

3) สมาชิกสมทบ /สถานที่สมัคร - คู่สมรส บิดา มารดา บุตร ของสมาชิกสามัญ - สมัครที่ศูนย์ประสานงาน/สมาคม
- เป็นเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานราชการ - สมัครด้วยตนเองที่สมาคม
- เป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์วิชาชีพอื่น - สมัครที่ศูนย์ประสานงาน/สมาคม

4) ผู้สมัครต้องกรอกรายละเอียดในหนังสือรับรองสุขภาพตนเอง

5) ผู้สมัครต้องมีใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของทางราชการที่ไปรับการตรวจที่มีอายุไม่เกิน 30 วัน

6) ผู้สมัครเป็นสมาชิกจะมีสมาชิกภาพสมบูรณ์เมื่อพ้นกำหนด 6 เดือน นับแต่วันที่คณะกรรมการมีมติรับเข้าเป็นสมาชิกตามวันที่กำหนดตามข้อบังคับสมาคมฯ ข้อ 12 วรรค 1 ยกเว้นกรณีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุและได้มีการพิสูจน์หลักฐานจากทางราชการชัดเจนแล้ว

7) สมาชิกที่ถึงแก่ความตายภายในหนึ่งปี นับตั้งแต่วันที่สมาคมอนุมัติรับเป็นสมาชิกด้วยโรคที่ระบุในหนังสือรับรองสุขภาพตนเองจะไม่มีสิทธิได้รับเงินค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ครอบครัว ตามข้อบังคับสมาคมฯ ข้อ 12 วรรค 2 สมาคมจะคืนให้เฉพาะเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า และค่าบำรุงรายปี

8) เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าเพื่อคงสมาชิกภาพปีต่อไปจะเก็บเต็มจำนวน ตามจำนวนสมาชิกที่เสียชีวิต ประมาณ 5,000 บาท

สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสอ.รท. ตามข้อบังคับข้อ 10.1 ของสมาคมฯ และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า และอื่นๆ ตามข้อบังคับ ระเบียบ 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.....

แบบฟอร์มนี้ให้ใช้ตั้งแต่การสมัครรอบ 3/2567 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2567 เป็นต้นไป

เรื่อง หนังสือรับรองสุขภาพตนเอง

เรียน นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... อายุ .....ปี โทร..... เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด เลขที่สมาชิก..... ได้สมัครเป็นสมาชิก สสอ.รท. รอบการสมัครที่..... ได้แนบใบรับรองแพทย์จาก..... แล้ว และขอเรียนว่าระยะเวลาที่ผ่านมาข้าพเจ้ามี**<u>ประวัติเกี่ยวกับการตรวจรักษาโรค</u>**ต่อไปนี้ ดังนี้

1. โรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด ◯ เป็น ◯ ไม่เป็น ระบุ .....
2. โรคเกี่ยวกับสมอง ◯ เป็น ◯ ไม่เป็น ระบุ .....
3. โรควัณโรคและโรคที่เกี่ยวกับปอด ◯ เป็น ◯ ไม่เป็น ระบุ .....
4. โรคมะเร็ง ◯ เป็น ◯ ไม่เป็น ระบุ .....
5. โรคตับ ◯ เป็น ◯ ไม่เป็น ระบุ .....
6. โรคไต ◯ เป็น ◯ ไม่เป็น ระบุ .....
7. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง ◯ เป็น ◯ ไม่เป็น ระบุ .....
8. โรคจิตเวช ◯ เป็น ◯ ไม่เป็น ระบุ .....

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

หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตายภายในหนึ่งปีนับตั้งแต่วันที่สมาคมรับเป็นสมาชิกด้วยโรคดังกล่าวข้างต้น ข้าพเจ้ายินยอมให้ถือว่าข้าพเจ้าไม่มีสถานะเป็นสมาชิกของ สสอ.รท. ตั้งแต่วันสมัคร ทั้งนี้ข้าพเจ้าและทายาทรวมถึงผู้รับเงินสงเคราะห์จะไม่ขอรับสิทธิใดๆ รวมทั้งขอสละสิทธิการรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวจาก สสอ.รท. โดยขอให้คืนเฉพาะเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า และเงินค่าบำรุงรายปีแก่บุคคลที่ข้าพเจ้าแจ้งไว้ในใบสมัคร

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร
(.....) ตัวบรรจง

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

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

หมายเหตุ : ผู้ที่เสียชีวิตจากสาเหตุ “ติดเชื้อในกระแสเลือด”ภายในเวลา 1 ปี ต้องไม่มีประวัติการเป็นโรค 1-7 ดังกล่าวข้างต้น (ยกเว้นจิตเวช)

สสอ.รท.3/1

หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการให้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัว

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เป็น ☐ คู่สมรส ☐ บุตร ☐ บิดา/มารดา ของสมาชิก สสอ.รท.

ชื่อ.....ทะเบียนเลขที่..... สังกัดสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด

☐ เป็นเจ้าหน้าที่หน่วยราชการ .....

☐ เป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ (กลุ่มวิชาชีพ).....เลขทะเบียนที่.....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ซอย.....ถนน.....

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

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

ทำงานประจำในตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....

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

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

(1) ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาให้บุคคลดังต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ที่ สสอ.รท. พึงจ่าย และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือหลังจากที่ได้หักเงินตามจำนวนที่ข้าพเจ้าผูกพันกับสหกรณ์ออมทรัพย์ในขณะนั้นแล้ว ดังนี้

1.1 ..... เกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทร..... ที่อยู่.....	1.3 ..... เกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทร..... ที่อยู่.....
1.2 ..... เกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทร..... ที่อยู่.....	1.4 ..... เกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทร..... ที่อยู่.....

(2) โดยมีเงื่อนไขการรับดังนี้ ☐ ได้รับส่วนแบ่งเท่ากันทุกคน ☐ อื่น ๆ .....

ถ้าคนใดตายไปก่อนข้าพเจ้า ผู้นั้นเป็นอันหมดสิทธิ

(3) เมื่อข้าพเจ้าเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.) แล้วข้าพเจ้าจะนำส่งเงินค่าบำรุง รายปี และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าหรือเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าไม่พอจ่ายตามที่เรียกเก็บ ส่งศูนย์ประสานงานต้นสังกัด หรือส่งให้สมาคมภายในเดือนธันวาคมของทุกปี หรือภายในเวลาที่สมาคมฯ กำหนด

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ)..... ผู้สมัคร

(ลงชื่อ) ..... พยาน

(ลงชื่อ) ..... ผู้จัดการ/จนท.ศูนย์ประสานงานฯ

(ลงชื่อ) ..... ประธาน/กรรมการศูนย์ประสานงานฯ

หมายเหตุ : กรณีที่สหกรณ์ไม่เป็นศูนย์ประสานงานหรือสมาชิกไม่มีหนี้กับสหกรณ์ ความใน ข้อ(1) จะไม่มีผลผูกพันกับสหกรณ์

<u>หมายเหตุ</u>

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ขอให้เป็นบุคคล ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2545 เรื่องวิธีการจ่ายค่าจัดการศพ หรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัว การใช้จ่ายและการเก็บรักษาเงินของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ ที่กำหนดให้บุคคลผู้ได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวจะต้องเป็นบุคคลในครอบครัว ดังนี้

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

ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯ จ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 1.1 - 1.5 ตามลำดับก่อนหลังผู้อยู่ในลำดับก่อนย่อมตัดสิทธิผู้อยู่ในลำดับหลัง แต่ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯ แบ่งเงินค่าจัดการศพและหรือเงินสงเคราะห์ให้แก่ผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ตามรายชื่อที่สมาชิกได้แสดงเจตนารมณ์ไว้ข้างต้น ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินในส่วนที่สมาชิกผู้ตายมีภาระผูกพันกับสหกรณ์โดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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