



# สมาคมงานกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย

เลขที่ 199 หมู่ที่ 2 ถนนนครอินทร์ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130

ที่ สส.ชสอ.ว. 17 / 2560

1 พฤษภาคม 2560

เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิกกรณีพิเศษ อายุไม่เกิน 60 ปี

เรียน ประธานกรรมการศูนย์ประสานงาน สส.ชสอ. ประจำสหกรณ์ออมทรัพย์ทุกศูนย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย	1.ประกาศ ที่ 9/2560 เรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิกกรณีพิเศษ อายุไม่เกิน 60 ปี	จำนวน 1 ชุด
	2.แนวทางปฏิบัติการเปิดรับสมัครสมาชิกกรณีพิเศษ อายุไม่เกิน 60 ปี	จำนวน 1 ชุด
	3.แบบฟอร์มการสมัครสมาชิก สส.ชสอ.	จำนวน 1 ชุด
	4.แบบรายงานสุขภาพตนเอง	จำนวน 1 ชุด
	5.ใบแสดงความจำนงจ่ายเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าชัดเจนให้กับ สส.ชสอ.	จำนวน 1 ชุด

ตามที่ สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ร้องขอให้สมาคมพิจารณาเปิดรับสมัครสมาชิกเป็นกรณีพิเศษ เนื่องจากการประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึงจึงทำให้สมาชิกไม่ทราบโดยทั่วกันและพลาดโอกาสการสมัครเป็นสมาชิก สส.ชสอ. โดยขอให้ขยายอายุการรับสมัคร และที่ประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2559 เมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2560 มีมติอนุมัติเปิดรับสมัครสมาชิกกรณีพิเศษ ผู้ที่มีอายุไม่เกิน 60 ปี (นับปี พ.ศ.) นั้น

คณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่ 4 มีมติในคราวประชุมครั้งที่ 2/2560 เมื่อวันที่ 28 เมษายน 2560 กำหนดวันที่เปิดรับสมัครสมาชิกกรณีพิเศษ ผู้ที่มีอายุไม่เกิน 60 ปี (นับปี พ.ศ.) ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 28 กรกฎาคม 2560

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการแจ้งสมาชิกต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

( ดร.ก๊ก ตอนสำราญ )

นายกสมาคมงานกิจสงเคราะห์

สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย





ประกาศ สมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ)  
ที่ 9 /2560

เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิกกรณีพิเศษ อายุไม่เกิน 60 ปี

\*\*\*\*\*

ตามมติที่ประชุมสามัญประจำปี 2559 เมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2560 ให้คณะกรรมการดำเนินการพิจารณาเปิดรับสมัครสมาชิกเป็นกรณีพิเศษ สำหรับผู้ที่มีอายุไม่เกิน 60 ปี (นับปี พ.ศ.) ตามที่สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ร้องขอ นั้น

อาศัยอำนาจตามข้อบังคับ สส.ชสอ. หมวด 4 ข้อ 9 วรรคสอง โดยยกเว้นคุณสมบัติในข้อ 9.1 (5) คณะกรรมการดำเนินการมีมติ ในคราวประชุมครั้งที่ 2/2560 เมื่อวันที่ 28 เมษายน 2560 ให้เปิดรับสมัครสมาชิกกรณีพิเศษ สำหรับผู้ที่มีอายุไม่เกิน 60 ปี นับตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 28 กรกฎาคม 2560

จึงประกาศแจ้งให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2560

(ดร.กึก ตอนสำราญ)

นายกสมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์

สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย



**แนวทางปฏิบัติการเปิดรับสมัครสมาชิกกรณีพิเศษ อายุไม่เกิน 60 ปี**

ตามที่ สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ร้องขอให้สมาคมพิจารณาเปิดรับสมัครสมาชิกเป็นกรณีพิเศษ เนื่องจากการประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึงจึงทำให้สมาชิกไม่ทราบโดยทั่วกันและพลาดโอกาสการสมัครเป็นสมาชิก สส.ชสอ. โดยขอให้ขยายอายุการรับสมัคร และที่ประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2559 เมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2560 มีมติอนุมัติเปิดรับสมัครสมาชิกกรณีพิเศษ ผู้ที่มีอายุไม่เกิน 60 ปี (นับปี พ.ศ.) โดยอาศัยตามข้อบังคับ สส.ชสอ. หมวด 4 ข้อ 9 วรรคสอง และเห็นชอบระเบียบ สส.ชสอ. ว่าด้วย “กองทุนเพื่อความมั่นคง พ.ศ. 2560” โดยให้ผู้สมัครสมาชิก สส.ชสอ.กรณีพิเศษต้องชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าชัดเจนเพื่อนำไปเข้า “กองทุนเพื่อความมั่นคง” ซึ่งมีวัตถุประสงค์เก็บไว้ ดังนี้

1. เพื่อใช้ชดเชยเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าไม่พอจ่ายของสมาชิกลาออก
2. เพื่อใช้ชดเชยเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าไม่พอจ่ายของสมาชิกที่สิ้นสุดสมาชิกภาพ
3. เพื่อนำรายได้ที่เกิดจากเงินกองทุนมาใช้เป็นสวัสดิการ หรือช่วยเหลือแก้ไขปัญหา โดยให้เป็นไปตามมติของ

คณะกรรมการ

**คุณสมบัติของผู้สมัคร**

1. ผู้สมัครต้องเป็นสมาชิกสามัญ สหกรณ์ออมทรัพย์
2. ผู้สมัครต้องมีอายุไม่เกิน 60 ปี
3. ผู้สมัครต้องกรอกแบบฟอร์มใบแสดงความจำนงจ่ายเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าชัดเจนให้กับ สส.ชสอ.
4. ผู้สมัครต้องชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าชัดเจน ตามตารางประกอบการชำระเงินการรับสมัครสมาชิกกรณีพิเศษ

**ตารางประกอบการชำระเงินการรับสมัครสมาชิกกรณีพิเศษ**

ตั้งแต่วันที่ 1 พ.ค. - 28 ก.ค. 2560

รอบสมัคร	อายุผู้สมัคร	พ.ศ. เกิด	เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าปี 2560 อายุ 57 ปี			เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าชัดเจน			รวม จำนวนเงิน ทั้งสิ้น
			เงินสงเคราะห์ ล่วงหน้า	ค่าสมัคร	ค่าบำรุง	อายุ 58 ปี (2559)	อายุ 59 ปี (2558)	อายุ 60 ปี (2557)	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
รอบปกติ	อายุ 57	2503	4,800.00	20.00	20.00				4,840.00
กรณีพิเศษ	อายุ 58 (1 ปี)	2502	4,800.00	20.00	20.00	4,800.00			9,640.00
	อายุ 59 (2 ปี)	2501	4,800.00	20.00	20.00	4,800.00	4,800.00		14,440.00
	อายุ 60 (3 ปี)	2500	4,800.00	20.00	20.00	4,800.00	4,800.00	4,800.00	19,240.00

**ขั้นตอนการดำเนินงาน**

1. รับสมัครสมาชิก รับเงินค่าสมัคร ค่าบำรุงและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2560 ถึง 28 กรกฎาคม 2560

2. ขั้นตอนการดำเนินงานในการรับสมัคร เป็นไปตามการเปิดรับสมัครรอบปกติ ดังนี้

ลำดับ	รายการ	เดือน พฤษภาคม	เดือน มิถุนายน	เดือน กรกฎาคม
1	รับสมัคร พร้อมกรอกข้อมูลในระบบ	1-31 พ.ค. 2560	1-30 มิ.ย. 2560	1-28 ก.ค. 2560
2	ส่งใบรับรองแพทย์ และส่งเงินสงเคราะห์ ล่วงหน้า มายังสมาคม	ภายใน 15 มิ.ย. 2560	ภายใน 15 ก.ค. 2560	ภายใน 15 ส.ค. 2560
3	สมาคมฯ ประชุมพิจารณาคุณสมบัติ	20 -25 มิ.ย. 2560	20 -25 ก.ค. 2560	20 -25 ส.ค. 2560
4	สมาชิกได้รับสิทธิสมาชิกภาพ สส.ชสอ.	1 ก.ค. 2560	1 ส.ค. 2560	1 ก.ย. 2560

**โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง**

เอกสารประกอบ :

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบทำสัญญาการเปลี่ยน ชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์ของรัฐฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
7. แบบรายงานสุขภาพตนเอง



สส.ชสอ. ส.1/1-พิเศษ (สามัญ)

**สมัครผ่าน**

ศูนย์ประสานงาน

ศูนย์ประสานงานระดับจังหวัด

**ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ (กรณีพิเศษไม่เกิน 60 ปี)**

สมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์สภากรมสมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขทะเบียนสมาชิก.....

(1) ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ เป็น

ครู สังกัด.....  ทหาร สังกัด.....  ตำรวจ สังกัด.....

ราชการ สังกัด.....  รัฐวิสาหกิจ สังกัด.....

สาธารณสุข สังกัด.....  สถานประกอบการ สังกัด.....

(2) ที่อยู่คามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

(3) ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail.....

(4) การชำระเงิน

(4.1) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก จำนวน 4,840 บาท (รอบ...../.....) ดังนี้

ชำระเป็นเงินสด  ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน

(4.2) การชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้ารายปีครั้งต่อไป โดยให้สหกรณ์หักจาก ดังนี้

ชำระเป็นรายเดือน (12 งวด)  ชำระจากเงินปันผล, เลี้ยคิน

ชำระเป็นราย 3 เดือน (4 งวด)  ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน

ชำระเป็นราย 6 เดือน (2 งวด)  ชำระจากการเก็บเงินล่วงหน้า จากเงินกู้สามัญ

ชำระจากบัญชีโครงการฝากเพื่อสวัสดิการ/เงินฝากในสหกรณ์สมาชิก

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์สภากรมสมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

### สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. รวมทั้งได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร และชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าครบถ้วน ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สส.ชสอ. เรื่องรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

### สำหรับคณะกรรมการศูนย์ประสานงาน

เรียน นายก สส.ชสอ.

ตรวจสอบแล้วรับรองว่า สมาชิกมีคุณสมบัติครบถูกต้อง

เห็นควรรับเป็นสมาชิก สส.ชสอ.

ไม่ควรรับเป็นสมาชิก สส.ชสอ. เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจเสนอ (แล้วแต่กรณี)

เภรัญญิก/เลขานุการ ศูนย์ฯ

อุปนายก ศูนย์ฯ

ประธานศูนย์ฯ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

### สำหรับเจ้าหน้าที่ สส.ชสอ.

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ถูกต้องตามที่ศูนย์ประสานงานแจ้งให้กับทาง สส.ชสอ.ทราบแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

### สำหรับคณะกรรมการ สส.ชสอ.

คำสั่ง  อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สส.ชสอ. ตั้งแต่วันที่.....

(คราวประชุมเมื่อวันที่.....)

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

เภรัญญิก/เลขานุการ สส.ชสอ.

อุปนายก สส.ชสอ.

นายก สส.ชสอ.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

# ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/ แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....อายุ..... ปี

ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบและปราศจากโรคเหล่านี้

1. โรคหัวใจ
2. โรควัณโรคในระยะอันตราย
3. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
4. โรคมะเร็งในระยะอันตราย
5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
6. โรคอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าเป็นอันตราย

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ดังนี้.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ
1. ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
  2. ให้แสดงว่าเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องออกจากราชการ
  3. ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์  
 ตามคณาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่.....  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1.ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
 สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขทะเบียนสมาชิก..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....  
 ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
 โทรศัพท์.....มือถือ.....ทำงานประจำในตำแหน่ง.....  
 สถานที่ทำงาน.....ตำบล.....อำเภอ.....  
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ที่ทำงาน..... ต่อ.....

2.หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิให้ นาย/นาง/นางสาว.....  
 บัตรประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น..... เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์จากเงินสงเคราะห์ที่ สส.ชสอ. พึงจ่าย หลังจากหักเงินค่าจัดการ  
 ศพให้บุคคลที่ระบุ โดยจ่ายให้กับสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เท่ากับจำนวน  
 หนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้

- 3.1 .....บัตรประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น.....  
 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....
- 3.2 .....บัตรประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น.....  
 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....
- 3.3 .....บัตรประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น.....  
 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....
- 3.4 .....บัตรประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น.....  
 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....
- 3.5 .....บัตรประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น.....  
 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....
- 3.6 .....บัตรประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น.....  
 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการ  
 ใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ) .....ผู้ให้คำยินยอม (ลงชื่อ) .....พยาน  
 (ลงชื่อ) .....ผู้จัดการ/จนท.ศูนย์ประสานงาน (ลงชื่อ) .....ประธานศูนย์ประสานงาน

ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคล(ตามข้อบังคับ ฯ หมวด 7 ข้อ 23 และประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมฯ วิธีการจ่ายค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ ข้อ 3 ) ดังต่อไปนี้

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

ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯ จ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 1. ตามลำดับก่อนหลัง ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯ แบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อน โดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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





## แบบรายงานสุขภาพตนเอง

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสหกรณ์.....

เลขที่สหกรณ์.....ได้ทำการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. รอบการสมัครที่.....

และได้ขอใบรับรองแพทย์จาก.....และขอเรียนว่าระยะเวลาที่

ผ่านมาข้าพเจ้าได้ตรวจหรือไม่ได้ตรวจในโรคต่อไปนี้

1. โรคหัวใจ  ไม่เคย  เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน..... พ.ศ.....
2. โรคหัวใจในระยะอันตราย  ไม่เคย  เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน..... พ.ศ.....
3. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง  ไม่เคย  เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน..... พ.ศ.....
4. โรคมะเร็งทุกชนิด ทุกระยะ  ไม่เคย  เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน..... พ.ศ.....
5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (โรคเอดส์)  ไม่เคย  เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....(ผู้สมัครสมาชิก สส.ชสอ.)

ตัวบรรจง(.....)



**ใบแสดงความจำนงจ่ายเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าชดเชยให้กับ สส.ชสอ.**

เขียนที่ .....

วันที่ .....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....เลขทะเบียนสมาชิก.....  
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....  
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....

มีความประสงค์ จ่ายเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าชดเชย เข้า "กองทุนเพื่อความมั่นคง" เพื่อความเป็นธรรมของผู้เป็นสมาชิก  
ณ ปีที่ข้าพเจ้ามีสิทธิสมัครแต่ไม่ได้สมัคร เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....บาทถ้วน)  
เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นไปด้วยความสมัครใจโดยไม่มีผู้ใดบังคับทั้งสิ้น

ลงชื่อ.....สมาชิก

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)