



**สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน**

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก 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
- ประธานศูนย์ฯ
- รองประธานศูนย์ฯ

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....

**สำหรับเจ้าหน้าที่ สส.ชสอ.**

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สส.ชสอ. เรื่องรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

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.....



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงินและแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์  
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ ครุносครสวรรค์ จำกัด เลขทะเบียน.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์มือถือ.....ทำงานประจำในตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

2. หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิให้ นาย/นาง/นางสาว.....

เลขบัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์จากเงินสงเคราะห์ที่ สส.ชสอ. พึ่งจ่าย หลังจากหักเงินค่าจัดการศพให้บุคคลที่ระบุ โดย  
จ่ายให้กับสหกรณ์ออมทรัพย์ครุносครสวรรค์ จำกัด เท่ากับจำนวนหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขอมอบ  
ให้บุคคล ดังต่อไปนี้

3.1 .....เลขบัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทรศัพท์.....

3.2 .....เลขบัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทรศัพท์.....

3.3 .....เลขบัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทรศัพท์.....

3.4 .....เลขบัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทรศัพท์.....

3.5 .....เลขบัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทรศัพท์.....

3.6 .....เลขบัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทรศัพท์.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ  
ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ) .....ผู้ให้คำยินยอม      ลงชื่อ .....พยาน

(ลงชื่อ) .....เจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ      ลงชื่อ .....ประธาน/รองประธาน

**ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้**

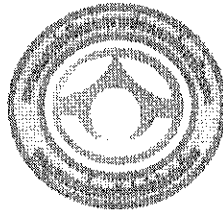
1. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคล (ตามข้อบังคับฯ หมวด 7 ข้อ 23 และประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมฯ วิธีการจ่ายค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ ข้อ 3) ดังต่อไปนี้

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 1.1 สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา       | 1.4 ปู่ ย่า ตา ยาย                                 |
| 1.2 พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน     | 1.5 คู่ชู้ บ้า น้ำ อา                              |
| 1.3 พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน | 1.6 ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู |

ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯ จ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 1. ตามลำดับก่อนหลัง ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯ แบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อน โดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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



## แบบรายงานสุขภาพตนเอง

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ ครูนครสวรรค์ จำกัด  
เลขที่สหกรณ์ 0053 ได้ทำการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. รอบการสมัครที่.....  
และได้ขอไปรับรองแพทย์จาก โรงพยาบาล.....และขอเรียนว่า  
ระยะเวลาที่ผ่านมา ข้าพเจ้าได้ตรวจหรือไม่ได้ตรวจ โรคต่อไปนี้

- |                             |                              |   |
|-----------------------------|------------------------------|---|
| 1. โรคหัวใจ                 | <input type="radio"/> ไม่เคย | <input type="radio"/> เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน.....พ.ศ..... |
| 2. โรคหัวใจในระยยะอันตราย   | <input type="radio"/> ไม่เคย | <input type="radio"/> เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน.....พ.ศ..... |
| 3. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง     | <input type="radio"/> ไม่เคย | <input type="radio"/> เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน.....พ.ศ..... |
| 4. โรคมะเร็งทุกชนิด ทุกระยะ | <input type="radio"/> ไม่เคย | <input type="radio"/> เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน.....พ.ศ..... |
| 5. โรคเอดส์                 | <input type="radio"/> ไม่เคย | <input type="radio"/> เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน.....พ.ศ..... |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้สมัครสมาชิก สส.ชสอ.

ตัวบรรจง (.....)