

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล(ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง (สถานพยาบาลของรัฐ)
มีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
7. กรณีสมัครสมัครตรง ต้องมีใบเสร็จรับเงินงวดสุดท้าย
หรือใบรับรองของสหกรณ์ต้นสังกัด



สสอ.รรท. 1

เลขประจำตัวสมาชิก สสอ.รรท.....

สมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการ รัฐวิสาหกิจไทย (สสอ.รรท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. คู่สมรสชื่อ.....

(1) สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขที่.....

สมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขที่.....

อื่นๆ (ระบุ).....

(2) ดำรงตำแหน่ง.....หรือปฏิบัติหน้าที่.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์(ที่ทำงาน).....

(3) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)

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

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

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

(4) สถานที่ติดต่อ/ส่งเอกสาร

(4.1) เหมือนข้อ (3)

(4.2) บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....

(5) หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตายขอมอบให้.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

(6) การชำระเงิน

(6.1) การชำระเงินครั้งแรก

ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 20.- บาท ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 20.- บาท

เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า เป็นเงิน 4,000.- บาท **รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน 4,040.- บาท**

(6.2) วิธีการชำระเงิน

ชำระเป็นเงินสด

โอนเข้าบัญชีธนาคาร.....

(7) การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินเพื่อชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ดังนี้ (ประมาณเดือนธันวาคมของทุกปี)

ชำระเป็นเงินสด

โอนเข้าบัญชีธนาคาร.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการ
รัฐวิสาหกิจไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร
(.....)



สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคมประจำศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสอ.รรท. ตามข้อบังคับข้อ 10 ของสมาคมฯ และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ และระเบียบสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการ รัฐวิสาหกิจไทย ประกาศ สสอ.รรท. เรื่องรับสมัครสมาชิก สสอ.รรท. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

- เสนอ เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สสอ.รรท.....
- ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงานหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

ความเห็นคณะกรรมการสมาคม สสอ.รรท.

- อนุมัติเข้ารับเป็นสมาชิก สสอ.รรท. ตั้งแต่วันที่.....
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ

1. นายกสมาคม สสอ.รรท.
2. กรรมการ สสอ.รรท. ปฏิบัติหน้าที่แทนนายก สสอ.รรท.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วัน..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่

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

ปรากฏว่า

นาย/นาง/นางสาว.....

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ดังนี้

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ**
- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - (2) แพทย์สรุปความเห็นว่าเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือเป็นโรคใด ระบุโรค.....
 - (3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
 - (4) กรณีใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบฟอร์ม สสอ.รรท.2 ต้องประทับตราโรงพยาบาลของรัฐที่แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกายสังกัดให้ชัดเจน หรือใช้ใบรับรองแพทย์ของโรงพยาบาลนั้น ๆ



สสอ.รรท.3

หนังสือแสดงเจตนาการให้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัว
สมาคมอาสาปณิกสงเคราะห์สมาชิกรรทออมทรัพย์ราชการ รัฐวิสาหกิจไทย (สสอ.รรท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

(1) สถานภาพ

- โสด สมรส คู่สมรสชื่อ.....
 หย่า หม้าย

(2) ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาให้บุคคลดังต่อไปนี้ เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวที่ สสอ.รรท. พึ่งจ่าย

- (2.1).....เกี่ยวข้องกับ.....
(2.2).....เกี่ยวข้องกับ.....
(2.3).....เกี่ยวข้องกับ.....

โดยมีเงื่อนไขการรับดังนี้ ได้รับส่วนแบ่งเท่ากันทุกคน อื่น ๆ

ถ้าคนใดตายไปก่อนข้าพเจ้า ผู้นั้นเป็นอันหมดสิทธิ และหากมีเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าเหลืออยู่ ก็ให้มอบแก่ผู้มีสิทธิดังกล่าวข้างต้น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(3) ข้าพเจ้าในฐานะสมาชิกสมาคมอาสาปณิกสงเคราะห์สมาชิกรรทออมทรัพย์ราชการ รัฐวิสาหกิจไทย (สสอ.รรท.) จะนำส่งเงินเป็นค่าบำรุงรายปี และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าตามที่เรียกเก็บ ส่งศูนย์ประสานงานที่สมัคร หรือ ส่งให้สมาคมกรณีสมัครตรงที่สมาคม สสอ.รรท.

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร

(ลงชื่อ).....ผู้จัดการศูนย์ประสานงานฯ

(ลงชื่อ).....กรรมการ สสอ.รรท.

(.....)

หมายเหตุ ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องวิธีการจ่ายค่าจัดการศพ หรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัว การใช้จ่ายและการเก็บรักษาเงินของสมาคมอาสาปณิกสงเคราะห์ 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



หนังสือแสดงเจตนาการรับผลประโยชน์สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์
และคำยินยอมในการหักเงินให้สหกรณ์ฯ

เขียนที่.....

วันที่

เรียน คณะกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์กรมส่งเสริมอุตสาหกรรม จำกัด

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เลขทะเบียนสมาชิก.....

เป็น ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ อื่น ๆ.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์มือถือ.....

สถานภาพ โสด สมรส หย่า หม้าย อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

1. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับผลประโยชน์จากเงินสงเคราะห์ที่สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการ รัฐวิสาหกิจไทย (สสอ.รพท.) พึงจ่าย โดยจ่ายให้กับสหกรณ์ออมทรัพย์กรมส่งเสริมอุตสาหกรรม จำกัด เท่ากับจำนวนหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก สำหรับเงินสงเคราะห์ส่วนที่เหลือ ให้กับบุคคลที่ข้าพเจ้าได้ระบุในหนังสือแสดงเจตนาการให้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัว สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการ รัฐวิสาหกิจไทย (สสอ.รพท.) ต่อไป

2. ข้าพเจ้าในฐานะเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์กรมส่งเสริมอุตสาหกรรม จำกัด ยินยอมให้สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการ รัฐวิสาหกิจไทย (สสอ.รพท.) หรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินสงเคราะห์ หักเงินสงเคราะห์ที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ เพื่อชำระหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันกับสหกรณ์ฯ ก่อน สำหรับเงินสงเคราะห์ส่วนที่เหลือ ให้กับบุคคลที่ข้าพเจ้าได้ระบุในหนังสือแสดงเจตนาการให้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัว สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการ รัฐวิสาหกิจไทย (สสอ.รพท.) ต่อไป

อนึ่ง ข้าพเจ้ารับรองว่า การแสดงเจตนา และคำยินยอมครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....คู่สมรส

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)



หนังสือยืนยันการคงสมาชิกภาพสมาคมพัฒนาธุรกิจสงเคราะห์ฯ
และคำยินยอมให้หักเงินปันผล เงินเฉลี่ยคืน

เขียนที่.....

วันที่

เรียน ผู้จัดการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์กรมส่งเสริมอุตสาหกรรม จำกัด

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เลขทะเบียนสมาชิก.....

เป็น ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ อื่น ๆ.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์มือถือ.....

ได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกสมาคมพัฒนาธุรกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการ รัฐวิสาหกิจไทย (สสอ.รรท.) และต้องชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าให้สมาคมพัฒนาธุรกิจฯ เป็นประจำทุกปี นั้น ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนา ดังนี้

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันการคงสมาชิกภาพสมาคมพัฒนาธุรกิจฯ และยินยอมให้สหกรณ์ฯ หักเงินปันผลเงินเฉลี่ยคืนของข้าพเจ้า ทุกๆ ปี เพื่อนำไปชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าให้สมาคมพัฒนาธุรกิจฯ จนกว่าข้าพเจ้าจะแจ้งยกเลิกการเข้าร่วมเป็นสมาชิก หรือแจ้งเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างอื่น

2. หากข้าพเจ้าจะยกเลิกการยืนยันคงสมาชิกภาพสมาคมพัฒนาธุรกิจฯ จะแจ้งศูนย์ประสานงานสหกรณ์ฯ ให้ทราบภายในวันที่ 15 ธันวาคม ของปีนั้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ.....

(.....)