

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

โปรดเขียนด้วยลายมือตนเองตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ

- สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน, สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร, ผู้จัดการศพและผู้รับเงินสงเคราะห์ทุกราย
- สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
- สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- ใบรับรองแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งฉบับจริงที่มีความเห็นแพทย์ (ใช้แบบฟอร์มของโรงพยาบาลรัฐบาลและประทับตรา) มีอายุไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
- หนังสือรับรองสุขภาพตนเอง
- กรณีที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ ต้องมีหลักฐานแสดงสังกัด
- หลักฐานที่เกี่ยวข้อง

เลขประจำตัวสมาชิก สสอ.รท.....

สมาคมสมาชิกรวมใจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- | | | | | | |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> สมทบสมาชิกสามัญ | <input type="checkbox"/> คู่สมรส | <input type="checkbox"/> บิดา-มารดา | <input type="checkbox"/> บุตร | | |
| <input type="checkbox"/> สมทบเจ้าหน้าที่ของส่วนราชการไทย | <input type="checkbox"/> คู่สมรส | <input type="checkbox"/> บิดา-มารดา | <input type="checkbox"/> บุตร | | |
| <input type="checkbox"/> สมทบสหกรณ์กลุ่มวิชาชีพอื่น | <input type="checkbox"/> ตำรวจ | <input type="checkbox"/> ครู | <input type="checkbox"/> สาธารณสุข | <input type="checkbox"/> ทหาร | <input type="checkbox"/> อื่นๆ |
| <input type="checkbox"/> สมทบสหกรณ์ออมทรัพย์ส่วนราชการไทย | <input type="checkbox"/> คู่สมรส | <input type="checkbox"/> คู่สมรส | <input type="checkbox"/> บิดา-มารดา | <input type="checkbox"/> บุตร | |
| <input type="checkbox"/> ทายาทของสมาชิกที่เสียชีวิต | <input type="checkbox"/> คู่สมรส | <input type="checkbox"/> คู่สมรส | <input type="checkbox"/> บิดา-มารดา | <input type="checkbox"/> บุตร | |

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

เลขประจำตัวประชาชน เพศ ชาย หญิง

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. สถานะภาพ โสด สมรส ชื่อ..... หม้าย หย่าร้าง

(1) เป็น เป็นคู่สมรส บุตร บิดา มารดา ของ นาย/นาง/นางสาว..... สมาชิก สสอ.รท. ทะเบียนสมาชิกรวมใจเลขที่..... (แบบหลักฐานความเกี่ยวข้อง)

(2) เป็นสมาชิกสมาคม..... สมาชิกรวมใจเลขที่..... 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

กรณีสมัครรับเป็นศูนย์ประสานงาน

- ชำระที่ศูนย์ประสานงาน / โอนเข้าบัญชีศูนย์ประสานงาน

กรณีสมาชิกสมัครที่สมาคม

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

(8) การชำระเงินครั้งต่อไป เพื่อต่อสมาชิกภาพ (ประมาณเดือนธันวาคมของทุกปี)

กรณีสมัครรับเป็นศูนย์ประสานงาน

- 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 และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับสมาคมฉะบับกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ เงื่อนไข และระเบียบต่างๆ ทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร
(.....)

ขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(รับรองเฉพาะ กรณีผู้สมัครเป็น คู่สมรส บิดา มารดา และบุตร ของสมาชิกสมาคม)

ลงชื่อ.....
(.....)

สมาชิก สสอ.รท. เลขที่.....

หมายเหตุ :

- 1) โปรดเขียนใบสมัครด้วยลายมือตนเองเพื่อป้องกันการแก้ไขเปลี่ยนแปลงโดยท่านไม่ทราบ
- 2) ข้อความใดที่มีการขีด ลบ ชัดฆ่า ขอให้ลงชื่อกำกับ
- 3) สมาชิกสมทบ /สถานที่สมัคร - คู่สมรส บิดา มารดา บุตร ของสมาชิกสามัญ - สมัครที่ศูนย์ประสานงาน/สมาคม
- เป็นเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานราชการ - สมัครด้วยตนเองที่สมาคม
- เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์วิชาชีพอื่น - สมัครที่ศูนย์ประสานงาน/สมาคม
- 4) ผู้สมัครต้องกรอกรายละเอียดในหนังสือรับรองสุขภาพตนเอง
- 5) ผู้สมัครต้องมีใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของทางราชการที่ไปรับการตรวจที่มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- 6) ผู้สมัครเป็นสมาชิกจะมีสมาชิกภาพสมบูรณ์เมื่อพ้นกำหนด 6 เดือน นับแต่วันที่คณะกรรมการมีมติรับเข้าเป็นสมาชิก ตามวันที่กำหนดตามข้อบังคับสมาคมฯ ข้อ 12 วรรค 1 ยกเว้นกรณีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุและได้มีการพิสูจน์หลักฐาน จากทางราชการชัดเจนแล้ว
- 7) สมาชิกที่ถึงแก่ความตายภายในหนึ่งปี นับตั้งแต่วันที่สมาคมอนุมัติรับเป็นสมาชิกด้วยโรคที่ระบุในหนังสือรับรอง สุขภาพตนเองจะไม่มีสิทธิได้รับเงินค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ครอบครัว 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 ตามข้อบังคับระเบียบ 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.....



แบบฟอร์มนี้ให้ใช้ตั้งแต่การสมัคร
รอบ 3/2567 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2567
เป็นต้นไป

เรื่อง หนังสือรับรองสุขภาพตนเอง

เรียน นายกสมาคมสมาคมนักงานกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... อายุ ปี

โทร..... เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด

เลขที่สมาชิก..... ได้สมัครเป็นสมาชิก สสอ.รท. รอบการสมัครที่.....

ได้แนบใบรับรองแพทย์จาก..... แล้ว

และขอเรียนว่าระยะเวลาที่ผ่านมาข้าพเจ้ามีประวัติเกี่ยวกับการตรวจรักษาโรคต่อไปนี้ ดังนี้

- | | | |
|-----------------------------------|--|------------|
| 1. โรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด | <input type="radio"/> เป็น <input type="radio"/> ไม่เป็น | ระบุ |
| 2. โรคเกี่ยวกับสมอง | <input type="radio"/> เป็น <input type="radio"/> ไม่เป็น | ระบุ |
| 3. โรคหัวใจและโรคที่เกี่ยวข้องปอด | <input type="radio"/> เป็น <input type="radio"/> ไม่เป็น | ระบุ |
| 4. โรคมะเร็ง | <input type="radio"/> เป็น <input type="radio"/> ไม่เป็น | ระบุ |
| 5. โรคตับ | <input type="radio"/> เป็น <input type="radio"/> ไม่เป็น | ระบุ |
| 6. โรคไต | <input type="radio"/> เป็น <input type="radio"/> ไม่เป็น | ระบุ |
| 7. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | <input type="radio"/> เป็น <input type="radio"/> ไม่เป็น | ระบุ |
| 8. โรคจิตเวช | <input type="radio"/> เป็น <input type="radio"/> ไม่เป็น | ระบุ |

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่าข้อความตามข้อ 1 - 8 เป็นความจริงทุก

ประการและยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าหรือให้ สสอ.รท. ขอประวัติการรักษาจากสถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าเข้ารับการรักษาหรือที่เกี่ยวข้องได้

หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตายภายในหนึ่งปีนับตั้งแต่วันที่สมัครรับเป็นสมาชิกด้วยโรคดังกล่าวข้างต้น 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
(สมาชิกสมทบ)

หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัว
สมาคมสมาคมนักสภามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ (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

เป็นสมาชิกสมาคมสมาคมนักสภามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ (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. พึ่งจ่าย และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือ
หลังจากที่ได้หักเงินตามจำนวนที่ข้าพเจ้าผูกพันกับสหกรณ์ออมทรัพย์ในขณะนั้นแล้ว ดังนี้

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

(2) โดยมีเงื่อนไขการรับดังนี้ ได้รับความแบ่งเท่ากันทุกคน อื่น ๆ

ถ้าคนใดตายไปก่อนข้าพเจ้า ผู้นั้นเป็นอันหมดสิทธิ

(3) เมื่อข้าพเจ้าเป็นสมาชิกสมาคมสมาคมนักสภามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ (สสอ.รท.) แล้วข้าพเจ้าจะนำส่ง
เงินค่าบำรุง รายปี และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าหรือเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าไม่พอจ่ายตามที่เรียกเก็บ ส่งศูนย์ประสานงานต้นสังกัด หรือส่งให้
สมาคมภายในเดือนธันวาคมของทุกปี หรือภายในเวลาที่สมาคมฯ กำหนด

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้า
แสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ)..... ผู้สมัคร

(ลงชื่อ)..... พยาน

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

(ลงชื่อ)..... ประธาน/กรรมการศูนย์ประสานงานฯ

หมายเหตุ : กรณีที่สหกรณ์ไม่เป็นศูนย์ประสานงานหรือสมาชิกไม่มีหนี้กับสหกรณ์ ความใน ข้อ(1) จะไม่มีผลผูกพันกับสหกรณ์

หมายเหตุ

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ขอให้เป็นผู้บุคคล ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2545 เรื่องวิธีการจ่ายค่าจัดการศพ หรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัว การใช้จ่ายและการเก็บรักษาเงินของ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ ที่กำหนดให้บุคคลผู้ได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวจะต้องเป็นผู้บุคคลในครอบครัว 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 ตามลำดับก่อนหลังผู้อยู่ใน ลำดับก่อนยอมตัดสิทธิผู้อยู่ในลำดับหลัง แต่ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯ แบ่งเงินค่าจัดการศพและหรือเงินสงเคราะห์ ให้แก่ผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ตามรายชื่อที่สมาชิกได้แสดงเจตนารมณ์ไว้ข้างต้น ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินในส่วนที่ สมาชิกผู้ตายมีภาระผูกพันกับสหกรณ์โดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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