

โปรดเขียนตัวจริงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง
เอกสารประกอบ
1. สำเนาบัตรเจ้าหน้าที่รัฐหรือบัตรประจำตัวประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์



สสค.4

ใบสมัครสมาชิก ประเภท สมทบ

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสค.)

☐ ประเภทคู่สมรสสมาชิกสามัญ

☐ ประเภทบิดา-มารดาสมาชิกสามัญ

☐ ประเภทบุตรสมาชิกสามัญ

☐ ประเภทสมาชิกสมทบของสหกรณ์

☐ ประเภท สมาชิกสมาคม 4 กลุ่มวิชาชีพ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขที่ประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่เดือน.....พ.ศ. คู่สมรสชื่อ.....

- (1) เป็น ☐ คู่สมรส ☐ บุตร ☐ บิดา ☐ มารดา ของ.....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขที่สมาชิก.....
- (2) เป็นสมาชิกสามัญสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์.....(สำหรับสมาชิกสมทบประเภท สมาชิกสมาคม 4 กลุ่มวิชาชีพ)
- (3) เป็นสมาชิกสมทบสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขที่.....
- (4) สถานที่อยู่ (โทรศัพท์มือถือ.....E mail.....)

(ตามทะเบียนบ้าน)	(จัดส่งเอกสาร)
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....	บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....
ถนน..... ตำบล (แขวง).....	ถนน..... ตำบล (แขวง).....
อำเภอ (เขต)..... จังหวัด.....	อำเภอ (เขต)..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน.....	รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน.....

- (5) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรกจำนวน.....บาท ดังนี้

☐ ชำระเป็นเงินสด

☐ ชำระจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ของสมาชิก

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจในวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่ ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัคร () เป็นผู้มีความประพฤติถูกต้องครบถ้วนและ () ได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน และ () ชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าแล้ว () ครอบงุมได้รับเป็นสมาชิก ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ (.....) ลงชื่อ.....ผู้จัดการ (.....)

ความเห็นของเลขานุการ/ประธานศูนย์ประสานงาน () ครอบงุมได้รับเป็นสมาชิก () อื่น ๆ.(ระบุ)..... ลงชื่อ.....เลขานุการศูนย์ประสานงาน ลงชื่อ.....ประธานศูนย์ประสานงาน การอนุมัติ () ได้รับอนุมัติ เมื่อวันที่..... ลงชื่อ.....เลขานุการสมาคม สสค. () ทราบและเสนอที่ประชุมทราบด้วย ลงชื่อ..... นายกสมาคมสสค. (.....)
--



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนมุสลิมสภครณ์อ้อมทรัพย์ครูไทย (สสอ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สมาชิกสหกรณ์อ้อมทรัพย์.....เลขทะเบียนที่.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....
ทำงานประจำในตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

1. สถานภาพ

☐

โสด

☐

สมรส คู่สมรสชื่อ.....

☐

หย่า หรือ หม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาจ่ายเงินสงเคราะห์ที่สมาคมพึงจ่ายให้กับบุคคล ดังต่อไปนี้

โดยมอบให้ผู้รับเงินสงเคราะห์ลำดับที่.....(นาย/นาง/นางสาว.....)เป็นผู้จัดการศพ

2.1.....เกี่ยวข้องกับ.....	2.4.....เกี่ยวข้องกับ.....
2.2.....เกี่ยวข้องกับ.....	2.5.....เกี่ยวข้องกับ.....
2.3.....เกี่ยวข้องกับ.....	2.6.....เกี่ยวข้องกับ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ ให้
ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(ลงชื่อ).....พยาน

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ สสอ.

(ลงชื่อ).....ผู้มีอำนาจลงนาม สสอ.

หมายเหตุ

ข้อความสำคัญ กรณี ผู้ให้คำยินยอม มี ภาระหนี้ กับสหกรณ์อ้อมทรัพย์ต้นสังกัด ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอม
ให้สหกรณ์อ้อมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อน โดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลง
ลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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

โปรดเขียนตัวจริงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง
เอกสารประกอบ
1. สำเนาบัตรเจ้าหน้าที่รัฐหรือบัตรประจำตัวประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์



สสค.4

ใบสมัครสมาชิก ประเภท สมทบ

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสค.)

☐ ประเภทคู่สมรสสมาชิกสามัญ

☐ ประเภทบิดา-มารดาสมาชิกสามัญ

☐ ประเภทบุตรสมาชิกสามัญ

☐ ประเภทสมาชิกสมทบของสหกรณ์

☐ ประเภท สมาชิกสมาคม 4 กลุ่มวิชาชีพ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขที่ประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่เดือน.....พ.ศ. คู่สมรสชื่อ.....

- (1) เป็น ☐ คู่สมรส ☐ บุตร ☐ บิดา ☐ มารดา ของ.....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขที่สมาชิก.....
- (2) เป็นสมาชิกสามัญสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์.....(สำหรับสมาชิกสมทบประเภท สมาชิกสมาคม 4 กลุ่มวิชาชีพ)
- (3) เป็นสมาชิกสมทบสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขที่.....
- (4) สถานที่อยู่ (โทรศัพท์มือถือ.....E mail.....)

(ตามทะเบียนบ้าน)	(จัดส่งเอกสาร)
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....	บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....
ถนน..... ตำบล (แขวง).....	ถนน..... ตำบล (แขวง).....
อำเภอ (เขต)..... จังหวัด.....	อำเภอ (เขต)..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน.....	รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน.....

- (5) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรกจำนวน.....บาท ดังนี้

☐ ชำระเป็นเงินสด

☐ ชำระจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ของสมาชิก

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจในวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่ ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัคร () เป็นผู้มีความประพฤติถูกต้องครบถ้วนและ () ได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน และ () ชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าแล้ว () ครอบงุมได้รับเป็นสมาชิก ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ (.....) ลงชื่อ.....ผู้จัดการ (.....)

ความเห็นของเลขานุการ/ประธานศูนย์ประสานงาน () ครอบงุมได้รับเป็นสมาชิก () อื่น ๆ.(ระบุ)..... ลงชื่อ.....เลขานุการศูนย์ประสานงาน ลงชื่อ.....ประธานศูนย์ประสานงาน การอนุมัติ () ได้รับอนุมัติ เมื่อวันที่..... ลงชื่อ.....เลขานุการสมาคม สสค. () ทราบและเสนอที่ประชุมทราบด้วย ลงชื่อ..... นายกสมาคมสสค. (.....)
--



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนมุสลิมสภครณ์อ้อมทรัพย์ครูไทย (สสอ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สมาชิกสหกรณ์อ้อมทรัพย์.....เลขทะเบียนที่.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....
ทำงานประจำในตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

1. สถานภาพ

☐

โสด

☐

สมรส คู่สมรสชื่อ.....

☐

หย่า หรือ หม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาจ่ายเงินสงเคราะห์ที่สมาคมพึงจ่ายให้กับบุคคล ดังต่อไปนี้

โดยมอบให้ผู้รับเงินสงเคราะห์ลำดับที่.....(นาย/นาง/นางสาว.....)เป็นผู้จัดการศพ

2.1.....เกี่ยวข้องกับ.....	2.4.....เกี่ยวข้องกับ.....
2.2.....เกี่ยวข้องกับ.....	2.5.....เกี่ยวข้องกับ.....
2.3.....เกี่ยวข้องกับ.....	2.6.....เกี่ยวข้องกับ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ ให้
ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(ลงชื่อ).....พยาน

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ สสอ.

(ลงชื่อ).....ผู้มีอำนาจลงนาม สสอ.

หมายเหตุ

ข้อความสำคัญ กรณี ผู้ให้คำยินยอม มี ภาระหนี้ กับสหกรณ์อ้อมทรัพย์ต้นสังกัด ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอม
ให้สหกรณ์อ้อมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อน โดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลง
ลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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



สสอ.2

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

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

นาย / นาง / นางสาว.....

ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบและ
ปราศจากโรคเหล่านี้

- (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