

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน, สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร, ผู้จัดการศพและผู้รับเงินสงเคราะห์ทุกราย
2. สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบรับรองแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งฉบับจริงที่มีความเห็นแพทย์ (ใช้แบบฟอร์มของโรงพยาบาลรัฐบาลและประทับตรา) มีอายุไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
5. หนังสือรับรองสุขภาพตนเอง
6. ใบตรวจสุขภาพประจำปี (ปีปัจจุบัน)
7. หลักฐานที่เกี่ยวข้อง



ยกเลิก สสอ.รท.1/8
และใช้ สสอ.รท. 1/2 ฉบับนี้แทน
ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2566 เป็นต้นไป

เลขประจำตัวสมาชิก สสอ.รท.....

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ/สมทบ

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)

(อายุ 56 - 60 ปี)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน เพศ ☐ ชาย ☐ หญิงเกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. สถานะภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ชื่อ..... ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง(1) ☐ (1.1) เป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขที่.....☐ (1.2) เป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขที่.....☐ (1.3) ☐ สมาชิก สสอต. ☐ สมาชิก สสอค. ☐ สมาชิก สสอท. เลขทะเบียน.....☐ (1.4) สมาชิก อื่นๆ เลขทะเบียน.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....

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

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

(3) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)

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

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์(ที่บ้าน).....โทรศัพท์มือถือ.....

(4) สถานที่ติดต่อ/ส่งเอกสาร

☐ (4.1) เหมือนข้อ (3)☐ (4.2) บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรสาร.....

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

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

จังหวัด.....โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....เป็นผู้จัดการศพ

(6) การชำระเงิน

(6.1) การชำระเงินครั้งแรก

☐ ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 40.- บาท☐ ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 40.- บาท☐ เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าปีละ 5,000.- บาท (อายุไม่เกิน 55 ปี)

(ตั้งแต่รอบสมัครวันที่ 1 พฤศจิกายน 2565 เป็นต้นไป)

(6.2) วิธีการชำระเงิน

กรณีสหกรณ์รับเป็นศูนย์ประสานงาน

☐ ชำระที่ศูนย์ประสานงาน / โอนเข้าบัญชีศูนย์ประสานงาน

กรณีสมาชิกสมัครที่สมาคม

☐ โอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี 987-3-26395-0 และส่งสำเนาให้สมาคมทาง Line สมาคม

หมายเลข 0924296660 ID Line : tgc.ifsct

(7) การชำระเงินครั้งต่อไป เพื่อต่อสมาชิกภาพ (ประมาณเดือนธันวาคมของทุกปี)

กรณีสหกรณ์รับเป็นศูนย์ประสานงาน

☐ 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

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์
ราชการไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ เงื่อนไข และระเบียบต่างๆ ทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร
(.....)

- หมายเหตุ :
- 1) ใบสมัคร 1/2 นี้ใช้เฉพาะสมาชิกที่มีอายุเกิน 55 ปี แต่ไม่เกิน 60 ปี
 - 2) ให้เขียนใบสมัครด้วยลายมือตนเองเพื่อป้องกันการแก้ไขเปลี่ยนแปลงโดยท่านไม่ทราบ
 - 3) ข้อความใดที่มีการขีด ลบ ชัดฆ่า ขอให้ลงชื่อกำกับ
 - 4) สมาชิกสามัญ หมายถึง สมาชิกสามัญหรือสมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์
 - 5) ผู้สมัครต้องกรอกรายละเอียดในหนังสือรับรองสุขภาพตนเอง
 - 6) ผู้สมัครต้องมีใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของทางราชการที่ไปรับการตรวจที่มีอายุไม่เกิน 30 วัน
 - 7) ผู้สมัครเป็นสมาชิกจะมีสมาชิกภาพสมบูรณ์เมื่อพ้นกำหนด 6 เดือน นับแต่วันที่คณะกรรมการมีมติรับเข้าเป็นสมาชิกตามวันที่กำหนดตามข้อบังคับสมาคมฯ ข้อ 12 วรรค 1 ยกเว้นกรณีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุและได้มีการพิสูจน์หลักฐานจากทางราชการชัดเจนแล้ว
 - 8) สมาชิกที่ถึงแก่ความตายภายในหนึ่งปี นับตั้งแต่วันที่สมาคมอนุมัติรับเป็นสมาชิกด้วยโรคที่ระบุในหนังสือรับรองสุขภาพตนเองจะไม่มีสิทธิได้รับเงินค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ครอบครัว ตามข้อบังคับสมาคมฯ ข้อ 12 วรรค 2 สมาคมจะคืนให้เฉพาะเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า และค่าบำนาญปี



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.....



สสอ.รท.3/2

หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัว

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สมาชิก ☐ สามัญ ☐ สมทบ ของสหกรณ์ออมทรัพย์.....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. พึงจ่าย และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือ หลังจากที่ได้หักเงินตามจำนวนที่ข้าพเจ้าผูกพันกับสหกรณ์ออมทรัพย์ในขณะนั้นแล้ว ดังนี้

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

(2) โดยมีเงื่อนไขการรับดังนี้ ☐ ได้รับส่วนแบ่งเท่ากันทุกคน ☐ อื่น ๆ

..... ถ้าคนใดตายไปก่อนข้าพเจ้า ผู้นั้นเป็นอันหมดสิทธิ

(3) เมื่อข้าพเจ้าเป็นสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.) แล้วข้าพเจ้าจะนำส่งเงินค่าบำรุง รายปี และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าหรือเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าไม่พอจ่ายตามที่เรียกเก็บ ส่งศูนย์ประสานงานต้นสังกัด หรือส่งให้สมาคมภายในเดือนธันวาคมของทุกปี หรือภายในเวลาที่สมาคมฯ กำหนด

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว 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 การใช้จ่ายและการเก็บรักษาเงินของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ ที่กำหนดให้ผู้บุคคลผู้ได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวจะต้องเป็นผู้บุคคลในครอบครัว ดังนี้

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

ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯ จ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 1.1 - 1.5 ตามลำดับก่อนหลังผู้อยู่ในลำดับก่อนยอมตัดสิทธิผู้อยู่ในลำดับหลัง แต่ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯ แบ่งเงินค่าจัดการศพและหรือเงินสงเคราะห์ให้แก่ผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ตามรายชื่อที่สมาชิกได้แสดงเจตนารมณ์ไว้ข้างต้น ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินในส่วนที่สมาชิกผู้ตายมีภาระผูกพันกับสหกรณ์โดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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

เรียน นายกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย

ข้าพเจ้า..... สมาชิกศูนย์ประสานงาน
สหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด ทะเบียนเลขที่.....
ขอสนับสนุนกิจกรรมของกองทุนเพื่อความมั่นคงและช่วยเหลือสมาชิก เป็นเงินจำนวน..... บาท
(.....)

.....ผู้ให้การสนับสนุน
(.....)

.....พยาน
(.....)

.....พยาน(เจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ)
(.....)



หนังสือให้คำยินยอมให้หักเงินปันผลและเงินเฉลี่ยคืน
สหกรณ์ออมทรัพย์กรมประมง จำกัด

วันที่

ข้าพเจ้า นาง/นางสาว/นาย เลขทะเบียนสมาชิก.....

- เป็นสมาชิก ☐ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)
☐ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกของขุมนุสสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)
☐ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย (สส.สท.)

ยินยอมให้สหกรณ์ฯ หักเงินปันผลและเงินเฉลี่ยคืนที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากสหกรณ์ฯ เพื่อนำไปชำระค่าบำรุงรายปี
และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าที่ยกเก็บให้แก่สมาคมฌาปนกิจข้างต้น เป็นประจำทุกปี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว และได้ตรวจสอบข้อความและถ้อยคำในหนังสือนี้ทั้งหมดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือฉบับนี้

ลงชื่อ..... ผู้ให้คำยินยอม
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)



แบบฟอร์มนี้ให้ใช้ตั้งแต่การสมัคร
รอบ 3/2567 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2567
เป็นต้นไป

เรื่อง หนังสือรับรองสุขภาพตนเอง

เรียน นายกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... อายุปี

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

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

ได้แนบใบรับรองแพทย์จาก..... แล้ว

และขอเรียนว่าระยะเวลาที่ผ่านมาข้าพเจ้ามีประวัติเกี่ยวกับการตรวจรักษาโรคต่อไปนี้ ดังนี้

1. โรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด ☐ เป็น ☐ ไม่เป็น ระบุ
2. โรคเกี่ยวกับสมอง ☐ เป็น ☐ ไม่เป็น ระบุ
3. โรคหัวใจและโรคที่เกี่ยวข้องกับปอด ☐ เป็น ☐ ไม่เป็น ระบุ
4. โรคเมเร็งทุกชนิด ทุกระยะ ☐ เป็น ☐ ไม่เป็น ระบุ
5. โรคตับ ☐ เป็น ☐ ไม่เป็น ระบุ
6. โรคไต ☐ เป็น ☐ ไม่เป็น ระบุ
7. โรคเบาหวานขึ้นรุนแรง ☐ เป็น ☐ ไม่เป็น ระบุ
8. โรคจิตเวช ☐ เป็น ☐ ไม่เป็น ระบุ

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่าข้อความตามข้อ 1 - 8 เป็นความจริงทุกประการและยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าหรือให้ 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 1-8 ดังกล่าวข้างต้น