



สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคมประจำศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. และได้แนบ หลักฐาน ประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตาม ข้อบังคับ และระเบียบสมาคม ฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย ประกาศ สส.ชสอ. เรื่องรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

เรียน นายก สส.ชสอ. ตรวจสอบแล้วรับรองว่า สมาชิกมีคุณสมบัติครบถูกต้อง

- เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สส.ชสอ.
- ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจเสนอ (แล้วแต่กรณี)

- ประธาน / รองประธาน ศูนย์ประสานงาน สอ.
สหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจการไฟฟ้านครหลวง จำกัด
- ผู้จัดการ ศูนย์ประสานงาน สอ.
สหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจการไฟฟ้านครหลวง จำกัด

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประธานศูนย์ประสานงานหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

สำหรับเจ้าหน้าที่ สส.ชสอ

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. และได้แนบ หลักฐาน ประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ถูกต้องตามที่ศูนย์ประสานงานแจ้ง ให้กับทางสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.) ทราบแล้ว

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการ สมาคม สส.ชสอ.

- คำสั่ง
- อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สส.ชสอ. ตั้งแต่วันที่
 - ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- เหรียญณีกร/เลขานุการ สส.ชสอ.
- อุปนายก สส.ชสอ.
- นายก สส.ชสอ.

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับสิทธิประโยชน์ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภครณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจการไฟฟ้านครหลวง จำกัด
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์สหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจการไฟฟ้านครหลวง จำกัด
สมาชิกเลขที่.....
ปัจจุบันอยู่ บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล (แขวง).....
อำเภอ (เขต)..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์มือถือ.....
สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน..... สังกัด..... หน่วยงาน.....
ตำแหน่ง..... ถนน..... ตำบล (แขวง)..... อำเภอ (เขต).....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ (ที่ทำงาน)..... ต่อ.....

2. การแสดงเจตนา ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับสิทธิประโยชน์จากเงินสงเคราะห์ที่ สส.ชสอ. พึ่งจ่าย โดยจ่ายให้กับบุคคล ดังต่อไปนี้

2.1 บัตรประชาชนเลขที่..... เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้..... โทรศัพท์.....

2.2 บัตรประชาชนเลขที่..... เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้..... โทรศัพท์.....

2.3 บัตรประชาชนเลขที่..... เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้..... โทรศัพท์.....

2.4 บัตรประชาชนเลขที่..... เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้..... โทรศัพท์.....

2.5 บัตรประชาชนเลขที่..... เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้..... โทรศัพท์.....

2.6 บัตรประชาชนเลขที่..... เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้..... โทรศัพท์.....

โดยระบุให้บุคคลผู้รับสิทธิประโยชน์ ลำดับที่ ชื่อ-นามสกุล เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้าในฐานะสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภครณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย สส.ชสอ. ยินยอมให้
ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินเดือน หักเงินที่เกี่ยวข้องกับการนี้ และเงินสงเคราะห์ศพ หรือสงเคราะห์ศพล่วงหน้า ตามที่เรียกเก็บ เพื่อ
จ่ายให้ สส.ชสอ. เป็นต้นไป

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการแสดงเจตนาครั้งนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนา
ดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ) ผู้ให้คำยินยอม
(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร
(ลงชื่อ) ผู้จัดการศูนย์ประสานงานฯ

หมายเหตุ: ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องวิธีการจ่ายค่าจัดการศพ หรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัว การใช้จ่ายและการเก็บรักษา
เงินของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ วันที่ 27 ธันวาคม 2545 กำหนดให้บุคคลผู้ได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวจะต้องเป็นบุคคลในครอบครัว ดังนี้

- 1. สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา
- 2. พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน
- 3. พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน
- 4. ปู่ ย่า ตา ยาย
- 5. หลาน ป้า น้า อา
- 6. ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู



แบบรายงานรับรองสุขภาพตนเอง

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจการไฟฟ้านครหลวง จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... เลขประจำตัวประชาชน

□-□□□□-□□□□□-□□-□ สหกรณ์ออมทรัพย์สหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจการไฟฟ้านครหลวง จำกัด เลขที่สหกรณ์ 0209

ได้ทำการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. รอบการสมัครที่..... และได้ขอใบรับรองแพทย์จาก.....

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า เพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- 3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ

4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

- 4.1 โรคมะเร็ง ไม่มี มี ระบุ.....
- 4.2 โรคหัวใจ หรือ หลอดเลือด ไม่มี มี ระบุ.....
- 4.3 โรควัณโรคในระยะอันตราย ไม่มี มี ระบุ.....
- 4.4 โรคเบาหวานขั้นรุนแรง ไม่มี มี ระบุ.....
- 4.5 โรคเอดส์ ไม่มี มี ระบุ.....
- 4.6 โรคเอสแอลอี (SLE) ไม่มี มี ระบุ.....
- 4.7 โรคตับแข็ง ไม่มี มี ระบุ.....
- 4.8 โรคปอดเรื้อรัง ไม่มี มี ระบุ.....
- 4.9 ภาวะไตวาย (ล้างไต) ไม่มี มี ระบุ.....

5. โรคร้ายแรงอื่นๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้าขอรับรอง และยืนยันว่า บันทึกถ้อยคำดังกล่าวที่ได้ให้ไว้ ช่างต้น เป็นความจริงทุกประการ หากบันทึกถ้อยคำที่ได้แจ้งไว้ไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือเป็นเท็จแล้ว ขอให้ สส.ชสอ. ตัดสิทธิ์ให้ข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติการเป็นสมาชิก ได้ตามมติคณะกรรมการ สส.ชสอ. และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาท หรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้า จะไม่ขอรับสิทธิ์ และใช้สิทธิ์ใดๆ ในการที่ได้รับเงินสงเคราะห์ตามที่กำหนด เมื่อข้าพเจ้าได้เสียชีวิตตามข้อ 4.1 - 4.9 ทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบเงื่อนไข และข้อกำหนดแล้วว่าภายใน 1 ปี นับแต่ที่ สส.ชสอ. มีมติรับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว หากข้าพเจ้าเสียชีวิตไปก่อนครบกำหนด 1 ปี ทาง สส.ชสอ. จะไม่จ่ายเงินสงเคราะห์ให้ผู้รับเงินสงเคราะห์

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า และขอมอบอำนาจให้ สส.ชสอ. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

(.....)



ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
เลขที่.....ได้ทำการตรวจสอบประวัติและตรวจร่างกาย

นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี เกิดวัน/เดือน/ปี.....

เลขประจำตัวประชาชน ---- ปรากฏว่า นาย/นาง/นางสาว.....

1. มีสุขภาพแข็งแรง

2. ไม่เป็นผู้มีการทพผลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ

4. ไม่เป็นโรคเหล่านี้

4.1 โรคมะเร็ง

ไม่เป็น เป็น ระบุ.....

4.2 โรคหัวใจ หรือ หลอดเลือด

ไม่เป็น เป็น ระบุ.....

4.3 โรควัณโรคในระยะอันตราย

ไม่เป็น เป็น ระบุ.....

4.4 โรคเบาหวานขั้นรุนแรง

ไม่เป็น เป็น ระบุ.....

4.5 โรคปอดเรื้อรัง

ไม่เป็น เป็น ระบุ.....

4.6 โรคตับแข็ง

ไม่เป็น เป็น ระบุ.....

4.7 โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง

ไม่เป็น เป็น ระบุ.....

4.8 ภาวะไตวาย

ไม่เป็น เป็น ระบุ.....

5. โรคร้ายแรงอื่นๆ ตามที่แพทย์ระบุ

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

(โปรดประทับตราสถานบริการของรัฐ)

หมายเหตุ

(1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งจากสถานพยาบาลของรัฐ ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) หากพบว่าเป็นโรค ตามข้อ (4),(5) หรือตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย สส.ชสอ. จะไม่รับเป็นสมาชิก

(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์สถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือ ตามแบบที่ สส.ชสอ.กำหนด เพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สส.ชสอ. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 8 กันยายน 2563 เป็นต้นไป