# สำนักงานสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสตูล จำกัด

458 หมู่ที่ 6 ถนนยนตรการกำธร ต.คลองขุด อ.เมืองสตูล จ.สตูล 91000

โทร. 0-7471-1933 แฟกซ์ 0-7477-2187 มือถือ 0869-4892410-14


ที่ ว. 40 /2558

4 ธันวาคม 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ เรื่อง การรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ.

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียน / หัวหน้าหน่วยงานราชการ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบสมัครสมาคมฌาปนกิจฯ ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย จำนวน 2 ชุด

2. ประกาศสมาคมฌาปนกิจฯ ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย จำนวน 1 ชุด

ด้วยสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสตูล จำกัด ได้เป็นศูนย์ประสานงานสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.) ขอความร่วมมือทางโรงเรียนประชาสัมพันธ์การรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. รอบที่ 2/2559 รับสมัครวันที่ 1-30 ธันวาคม 2558 จำนวนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า 4,840 บาท (รวมค่าสมัครและค่าบำรุง) โดยรับสมัครสมาชิก ดังนี้

1. ประเภทสามัญ
   - เป็นสมาชิกประเภทสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์
   - เป็นสมาชิกประเภทสามัญของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์กลุ่มอาชีพยกเว้นสมาชิกรับตรง
   - อายุไม่เกิน 59 ปี (ต้องเป็นผู้ที่เกิดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2499 และ 2500 เป็นต้นไป)
2. ประเภทสมทบ
   - เป็นคู่สมรสของสมาชิก สส.ชสอ.
   - อายุไม่เกิน 59 ปี (ต้องเป็นผู้ที่เกิดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2499 และ 2500 เป็นต้นไป)

ในการนี้ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสตูล จำกัด ขอความอนุเคราะห์ท่านประชาสัมพันธ์แจ้งข่าวสารดังกล่าวให้สมาชิกในโรงเรียนทราบโดยทั่วกัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายปรีชา ดุลยการัณย์)

ประธานกรรมการศูนย์ประสานงาน สส.ชสอ.

ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสตูล จำกัด

| โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง |
|---|
| **เอกสารประกอบ :**<br>1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ<br>2. สำเนาทะเบียนบ้าน<br>3. สำเนาทะเบียนสมรส<br>4. ใบสำคัญการเปลี่ยน ชื่อ-สกุล (ถ้ามี)<br>5. ใบรับรองแพทย์ของรัฐฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน<br>6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์<br>7.แบบรายงานสุขภาพตนเอง |

**สส.ชสอ. ส.3/1**

| ประเภทสมาชิก |
|---|
| ○ สมทบ |
| ○ สมทบ ศูนย์จังหวัด |

## ใบสมัครสมาชิก ประเภทสมทบ (คู่สมรส)

## สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

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

(1) ☐ คู่สมรสของ.....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขที่สมาชิก.....

(2) ☐ เจ้าหน้าที่สมาคม สส.ชสอ.

(3) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

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

ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....จังหวัด.....

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

(4) ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้

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

ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....จังหวัด.....

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

(5) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก จำนวน **4,840** บาท (รอบ...../.....) ดังนี้

☐ ชำระเป็นเงินสด ☐ ชำระจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ของสมาชิก

☐ ชำระจากเงินปันผล,เฉลี่ยคืน ☐ ชำระจากการเพิ่มเงินกู้ให้สมาชิก

*ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ*

**ลงชื่อ**.....**ผู้สมัคร**

(.....)

สมาชิก สอ .....เลขที่.....

## สำหรับเจ้าหน้าที่ สส.ชสอ.

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สส.ชสอ. เรื่องรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

## สำหรับคณะกรรมการ สส.ชสอ.

**คำสั่ง** ○ อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สส.ชสอ. ตั้งแต่วันที่.....

(คราวประชุมเมื่อวันที่.....)

○ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

.....

**ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)**

○ เหรัญญิก/เลขานุการ สส.ชสอ.

○ อุปนายก สส.ชสอ.

○ นายก สส.ชสอ.

**ลงชื่อ**.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

**หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์**

**สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขทะเบียนที่..... ปัจจุบันอยู่บานเลขที่.....หมู่ที่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....ทำงานประจำในตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....ต่อ.....

**1. สถานภาพ**

☐ โสด ☐ สมรส คู่สมรสชื่อ..... ☐ หย่า หรือ หม้าย

**2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์จากเงินสงเคราะห์ที่ สส.ชสอ. พึงจ่าย โดยจ่ายให้กับบุคคล ดังต่อไปนี้**

2.1 .....เกี่ยวข้องเป็น.....

2.2 .....เกี่ยวข้องเป็น.....

2.3 .....เกี่ยวข้องเป็น.....

2.4 .....เกี่ยวข้องเป็น.....

2.5 .....เกี่ยวข้องเป็น.....

2.6 .....เกี่ยวข้องเป็น.....

โดยระบุให้บุคคลผู้รับเงินสงเคราะห์ลำดับที่ ..... ชื่อ – สกุล .....เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

**อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้**

(ลงชื่อ) .....ผู้ให้คำยินยอม (ลงชื่อ) .....พยาน

(ลงชื่อ) .....ผู้จัดการ/จนท.ศูนย์ประสานงาน (ลงชื่อ) .....ประธานศูนย์ประสานงาน

## หมายเหตุ

กรณี **ผู้ให้คำยินยอม** มี **ภาระหนี้** กับสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด **ผู้รับเงินสงเคราะห์** ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อนโดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

| | |
|---|---|
| 2.1.....เกี่ยวข้องเป็น.....<br>(ลงชื่อ)..... | 2.4.....เกี่ยวข้องเป็น.....<br>(ลงชื่อ)..... |
| 2.2.....เกี่ยวข้องเป็น.....<br>(ลงชื่อ)..... | 2.5.....เกี่ยวข้องเป็น.....<br>(ลงชื่อ)..... |
| 2.3.....เกี่ยวข้องเป็น.....<br>(ลงชื่อ)..... | 2.6.....เกี่ยวข้องเป็น.....<br>(ลงชื่อ)..... |

สส.ชสอ. ส.1/1

| โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง |
|---|
| **เอกสารประกอบ :** |
| 1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ |
| 2. สำเนาทะเบียนบ้าน |
| 3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี) |
| 4. ใบสำคัญการเปลี่ยน ชื่อ-สกุล (ถ้ามี) |
| 5. ใบรับรองแพทย์ของรัฐฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน |
| 6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์ |
| 7. แบบรายงานสุขภาพตนเอง |

| ประเภทสมาชิก |
|---|
| ○ สามัญ |
| ○ สามัญ ศูนย์จังหวัด |

# ใบสมัครสมาชิก

## สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

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

(1) ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ ☐ สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์.....และ เป็น

☐ ครู ☐ ทหาร ☐ ตำรวจ ☐ ราชการ

☐ สาธารณสุข ☐ รัฐวิสาหกิจ ☐ สถานประกอบการ

(2) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

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

ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....จังหวัด.....

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

(3) ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้

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

ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....จังหวัด.....

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

(4) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก จำนวน **4,840** บาท (รอบ...../.....) ดังนี้

☐ ชำระเป็นเงินสด ☐ ชำระจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ของสมาชิก

☐ ชำระจากเงินปันผล,เฉลี่ยคืน ☐ ชำระจากการเพิ่มเงินกู้ให้สมาชิก

*ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ*

**ลงชื่อ**.....**ผู้สมัคร**

(.....)

สมาชิก สอ .....เลขที่.....

## สำหรับเจ้าหน้าที่ สส.ชสอ.

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สส.ชสอ. เรื่องรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

## สำหรับคณะกรรมการ สส.ชสอ.

**คำสั่ง** ○ อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สส.ชสอ. ตั้งแต่วันที่.....

(คราวประชุมเมื่อวันที่.....)

○ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

.....

**ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)**

○ เหรัญญิก/เลขานุการ สส.ชสอ.

○ อุปนายก สส.ชสอ.

○ นายก สส.ชสอ.

**ลงชื่อ**.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

**หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์**

**สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขทะเบียนที่..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....มือถือ.....ทำงานประจำในตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....ต่อ.....

**1. สถานภาพ**

☐ โสด ☐ สมรส คู่สมรสชื่อ..... ☐ หย่า หรือ หม้าย

**2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์จากเงินสงเคราะห์ที่ สส.ชสอ. พึงจ่าย โดยจ่ายให้กับบุคคล ดังต่อไปนี้**

2.1 .....เกี่ยวข้องเป็น.....
2.2 .....เกี่ยวข้องเป็น.....
2.3 .....เกี่ยวข้องเป็น.....
2.4 .....เกี่ยวข้องเป็น.....
2.5 .....เกี่ยวข้องเป็น.....
2.6 .....เกี่ยวข้องเป็น.....

โดยระบุให้บุคคลผู้รับเงินสงเคราะห์ลำดับที่ ..... ชื่อ – สกุล .....เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

**อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้**

(ลงชื่อ) .....ผู้ให้คำยินยอม (ลงชื่อ) .....พยาน

(ลงชื่อ) .....ผู้จัดการ/จนท.ศูนย์ประสานงาน (ลงชื่อ) .....ประธานศูนย์ประสานงาน

## หมายเหตุ

กรณี **ผู้ให้คำยินยอม มี ภาระหนี้** กับสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด **ผู้รับเงินสงเคราะห์** ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อนโดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

| | |
|---|---|
| 2.1.....เกี่ยวข้องเป็น.....<br>(ลงชื่อ)..... | 2.4.....เกี่ยวข้องเป็น.....<br>(ลงชื่อ)..... |
| 2.2.....เกี่ยวข้องเป็น.....<br>(ลงชื่อ)..... | 2.5.....เกี่ยวข้องเป็น.....<br>(ลงชื่อ)..... |
| 2.3.....เกี่ยวข้องเป็น.....<br>(ลงชื่อ)..... | 2.6.....เกี่ยวข้องเป็น.....<br>(ลงชื่อ)..... |

# แบบรายงานสุขภาพตนเอง

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสหกรณ์.....

เลขที่สหกรณ์.....ได้ทำการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. รอบการสมัครที่.....

และได้ขอใบรับรองแพทย์จาก.....และขอเรียนว่า

ระยะเวลาที่ผ่านมาข้าพเจ้าได้ตรวจหรือไม่ได้ตรวจในโรคต่อไปนี้

1.โรคหัวใจ ◯ ไม่เคย ◯ เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน..... พ.ศ.....

2.โรควัณโรคในระยะอันตราย ◯ ไม่เคย ◯ เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน..... พ.ศ.....

3. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง ◯ ไม่เคย ◯ เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน..... พ.ศ.....

4. โรคมะเร็งทุกชนิด ทุกระยะ ◯ไม่เคย ◯ เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน..... พ.ศ.....

5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (โรคเอดส์) ◯ ไม่เคย ◯ เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....(ผู้สมัครสมาชิก สส.ชสอ.)

ตัวบรรจง(.....)