

1. สำเนาบัตรประชาชนหรือข้าราชการ 1 แผ่น
2. สำเนาทะเบียนบ้าน 1 แผ่น
3. ใบรับรองแพทย์ของรัฐฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
4. แบบคำรับรองสุขภาพตัวเอง 1 แผ่น
5. สำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์ 1 แผ่น
6. สำเนาทะเบียนเป็นชนสมรส (ถ้ามี) 1 แผ่น
7. ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี) 1 แผ่น



## ใบสมัครสมาชิกสมทบ

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์เพื่อช่วยเหลือครอบครัวสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูเลย จำกัด โครงการ 2 (สคส.2)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

## 1. ข้อมูลสมาชิก

(1) ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

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

สถานภาพ  โสด  สมรส คู่สมรสชื่อ.....  หย่า หรือ หม้าย

(2) สมัครสมาชิกสมทบของนาย/นาง/นางสาว.....

ประเภท  คู่สมรส  บุตร  บิดา  มารดา

เป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ครูเลย จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก.....

โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

(3) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

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

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

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

(4) ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้

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

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

(5) การชำระเงิน ข้าพเจ้าได้ชำระเงินในการสมัครครั้งนี้ ดังนี้

(5.1) เงินค่าสมัครสมาชิก จำนวน.....100.....บาท

(5.2) เงินค่าบำรุง จำนวน.....50.....บาท

(5.3) ค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน.....1,850.....บาท

รวมทั้งสิ้นเป็นเงิน เป็นเงิน.....2,000.....บาท

ตัวอักษร (สองพันบาทถ้วน)

ชำระเป็นเงินสด  ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ / กู้ฉุกเฉิน  ชำระเป็นเงินโอน

(5.4) การชำระค่าสงเคราะห์ล่วงหน้ารายปีครั้งต่อไป โดยให้สหกรณ์หัก ดังนี้

ชำระเป็นรายปี  ชำระจากการเก็บเงินล่วงหน้าจากเงินกู้สามัญ

ชำระจากเงินปันผล / เฉลี่ยคืน  ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ / กู้ฉุกเฉิน

ชำระจากบัญชีโครงการเงินฝากเพื่อสวัสดิการ / เงินฝากในสหกรณ์สมาชิก

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ข้อบังคับและระเบียบ สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์เพื่อช่วยเหลือครอบครัวสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูเลย จำกัด โครงการ 2 และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและระเบียบ เงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

### สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....เป็นผู้มีคุณสมบัติ ในการสมัครสมาชิก สคส.2 รวมทั้งได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร และชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าบำรุง และ เงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าครบถ้วน ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สคส.2 เรื่อง การรับสมัครสมาชิก สคส.2 หรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

### สำหรับผู้จัดการหรือเลขานุการสมาคม

เรียน นายก สคส.2

ตรวจสอบแล้วรับรองว่า สมาชิกมีคุณสมบัติครบถูกต้อง

เห็นควรรับเป็นสมาชิก สคส.2

ไม่ควรรับเป็นสมาชิก สคส.2 เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจเสนอ (แล้วแต่กรณี)

เลขานุการ

ผู้จัดการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

### สำหรับคณะกรรมการสมาคม

คำสั่ง  อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สคส.2 ตั้งแต่วันที่.....

คณะกรรมการ สคส.2 คราวประชุมครั้งที่.....เมื่อวันที่.....

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก .....

ผู้มีอำนาจเสนอ (แล้วแต่กรณี)

กรรมการ

อุปนายก

นายก

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์

สมาคมพัฒนาทางสงเคราะห์เพื่อช่วยเหลือคนพิการสมาชิกรวมการรับเงินสงเคราะห์ จำกัด โครงการ 2 (สคส.2)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

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

สมาชิกรวมการรับเงินสงเคราะห์ จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ชื่อหมู่บ้าน.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....

ทำงานประจำในตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....

ที่อยู่เลขที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

2. หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิให้.....

เลขประจำตัวประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สคส.2 ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ครูเลย จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ให้เสร็จสิ้นเท่ากับจำนวนหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคลดังต่อไปนี้

3.1 .....เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....

3.2 .....เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....

3.3 .....เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....

3.4 .....เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....

3.5 .....เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

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

(ลงชื่อ).....ผู้จัดการ/จนท. (ลงชื่อ).....นายก/อุปนายก

**ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้**

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคล (ตามข้อบังคับสมาคม หมวด 7 ข้อ 15 และประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมฯ เรื่องวิธีการจ่ายเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัวฯ ข้อ 3) ดังต่อไปนี้

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

ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯ จ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 1 ตามลำดับก่อนหลัง ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯ แบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัวที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อนโดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร  
 (.....)

ณ วันที่.....



## แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

สมาคมพัฒนาการคลังของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อช่วยเหลือครอบครัวสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูเลย จำกัด โครงการ 2 (สศส.2)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□□-□□□□□-□□□□□ อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สศส.2 ดังนี้

 1. มีสุขภาพแข็งแรง 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ 3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ

## 4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

(4.1) โรคมะเร็ง  ไม่มี  มี ระบุ.....(4.2) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด  ไม่มี  มี ระบุ.....(4.3) โรคหัวใจในระยยะอันตราย  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) .....

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่า บันทึกถ้อยคำดังกล่าวที่ได้ให้ไว้ข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ

**หากบันทึกถ้อยคำที่ได้แจ้งไว้ไม่ตรงกับความเป็นจริงแล้ว ขอให้ สศส.2 ตัดสิทธิให้ข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติการเป็นสมาชิกได้ตามมติคณะกรรมการ สศส.2 ข้าพเจ้าและผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิและใช้สิทธิใดๆ ในการที่ได้รับเงินสงเคราะห์ตามที่กำหนด เมื่อข้าพเจ้าได้เสียชีวิตตามข้อ (4.1)-(4.9) ทั้งสิ้น**

ข้าพเจ้าได้รับทราบเงื่อนไขและข้อกำหนดแล้วว่าภายใน 1 ปีนับแต่ที่ สศส.2 มีมติรับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว หากข้าพเจ้าเสียชีวิตไปก่อนครบกำหนด 1 ปี ทาง สศส.2 จะไม่จ่ายเงินสงเคราะห์ให้ผู้รับเงินสงเคราะห์

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า และขอมอบอำนาจให้ สศส.2 ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง (.....)

(ผู้สมัครสมาชิก สศส.2)

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง (.....)

พยาน (เจ้าหน้าที่ สศส.2)

พยาน (ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)

**หนังสือยินยอม**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชน.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

สมาชิก สคส.2 ประเภท  สามัญ  สมทบ เลขสมาชิกที่.....

ขอทำหนังสือฉบับนี้ขึ้นเพื่อแสดงว่าข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ครูเลย จำกัด เลขที่ 510 หมู่ที่ 9 ตำบลนาอาน อำเภอเมือง จังหวัดเลย โอนเงินสวัสดิการเพื่อช่วยเหลือครอบครัวสมาชิกสหกรณ์ของสหกรณ์ออมทรัพย์ครูเลย จำกัด โครงการ 2 ( สคส.2) ของข้าพเจ้า จำนวน 20,000 บาท ให้สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์เพื่อช่วยเหลือครอบครัวสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูเลย จำกัด โครงการ 2 ( สคส.2) โดยแบ่งโอนเป็นงวด จำนวน 10 งวด งวดละ 2,000 บาท โดยจ่ายงวดแรกภายในเดือน ธันวาคม พ.ศ.2566 และงวดที่ 2-10 ภายในเดือน พฤษภาคม ของทุกปีตั้งแต่ พ.ศ. 2567 เป็นต้นไป

ขอรับรองว่าหนังสือฉบับนี้ได้ทำขึ้นโดยถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... ผู้ให้คำยินยอม

( ..... ) ตัวบรรจง

(ลงชื่อ) ..... ผู้ดำเนินการโอนเงิน

( ..... ) ตัวบรรจง

(ลงชื่อ) ..... พยาน

( ..... ) ตัวบรรจง