

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



ใบสมัครสมาชิกสามัญ

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์เพื่อช่วยเหลือครอบครัวสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูเลย 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

เป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ครูเลย จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก.....

(2) ปัจจุบันดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งทำนี้

- ☐ ครูผู้ช่วย ☐ ครู ☐ ผู้บริหารสถานศึกษา ☐ ผู้บริหารการศึกษา
☐ บุคลากรทางการศึกษา ☐ ลูกจ้างประจำ ☐ อื่นๆ(ระบุตำแหน่ง).....

(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 / เหลือคืน ☐ ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ / กู้ฉุกเฉิน
☐ ชำระจากบัญชีโครงการเงินฝากเพื่อสวัสดิการ / เงินฝากในสหกรณ์สมาชิก

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ข้อบังคับและระเบียบ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์เพื่อช่วยเหลือครอบครัวสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูเลย 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
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์เพื่อช่วยเหลือครอบครัวสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูเลย จำกัด โครงการ 2 (สคส.2)

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

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

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูเลย 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.....เกี่ยวข้องกับ.....เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

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

3.1เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องกับ.....

3.2เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องกับ.....

3.3เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องกับ.....

3.4เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องกับ.....

3.5เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องกับ.....

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 | 1.4 ปู่ ย่า ตา ยาย |
| 1.2 พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน | 1.5 หลง ป้า น้า อา |
| 1.3 พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน | 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

สมาคมปกป้องครอบครัวเพื่อช่วยเหลือครอบครัวสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูเลย จำกัด โครงการ 2 (สสส.2)

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน - อายุ..... ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สสส.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) โรคหัวใจในระยะอันตราย | ☐ 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 สสส.2 ตัดสิทธิให้ข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติการเป็นสมาชิกได้ตามมติคณะกรรมการ สสส.2 ข้าพเจ้าและผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิและใช้สิทธิใดๆ ในการที่ได้รับเงินสงเคราะห์ตามที่กำหนด เมื่อข้าพเจ้าได้เสียชีวิตตามข้อ (4.1)-(4.9) ทั้งสิ้น

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

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า และขอมอบอำนาจให้ สสส.2 ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง (.....)

(ผู้สมัครสมาชิก สสส.2)

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง (.....)

พยาน (เจ้าหน้าที่ สสส.2)

ลงชื่อ

ตัวบรรจง (.....)

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