



## ประกาศสมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูตาก จำกัด เรื่อง รับสมัครสมาชิกใหม่เป็นกรณีพิเศษ (อายุไม่เกิน 75 ปี)

เนื่องในโอกาสครบรอบ 16 ปี ของสมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูตาก จำกัด และมติที่ประชุมคณะกรรมการสมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูตาก จำกัด ครั้งที่ 8 เมื่อวันที่พฤหัสบดี ที่ 17 เดือน กันยายน พ.ศ.2563 เห็นชอบให้เปิดรับสมัครสมาชิกสมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูตาก จำกัด สำหรับผู้ที่มีอายุ 50 – 75 ปี เป็นกรณีพิเศษ โดยมีเงื่อนไขดังนี้:-

### 1. คุณสมบัติของผู้สมัคร

- 1.1 เป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ หรือเป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์
- 1.2 เป็นคู่สมรสของสมาชิกสามัญของสหกรณ์ที่เป็นสมาชิกของสมาคม
- 1.3 บิดา มารดาของสมาชิกสามัญของสหกรณ์ที่เป็นสมาชิกของสมาคม
- 1.4 บิดา มารดาของคู่สมรสของสมาชิกสามัญของสหกรณ์ที่เป็นสมาชิกสมาคม
- 1.5 บุตรโดยชอบด้วยกฎหมายของสมาชิกสามัญของสหกรณ์ที่เป็นสมาชิกของสมาคม
- 1.6 คู่สมรสของบุตรโดยชอบด้วยกฎหมายของสมาชิกสามัญของสหกรณ์ที่เป็นสมาชิกของสมาคม
- 1.7 บุตรของบุตรโดยชอบด้วยกฎหมายของสมาชิกสามัญของสหกรณ์ที่เป็นสมาชิกของสมาคม
- 1.8 พี่น้องร่วมบิดา มารดาเดียวกัน หรือพี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกันของสมาชิกสามัญของสหกรณ์ที่เป็นสมาชิกของสมาคม
- 1.9 คู่สมรสของพี่น้องร่วมบิดา มารดาเดียวกัน หรือพี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกันของสมาชิกสามัญของสหกรณ์ที่เป็นสมาชิกของสมาคม
- 1.10 บุตรของพี่น้องร่วมบิดา มารดาเดียวกัน หรือพี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกันของสมาชิกสามัญของสหกรณ์ที่เป็นสมาชิกของสมาคม
- 1.11 ต้องมีอายุตั้งแต่ 50 – 75 ปี
- 1.12 ไม่เป็นคนวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ
- 1.13 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านถูกต้องตามกฎหมาย
- 1.14 ต้องมีความประพฤติดี และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับของสมาคม
- 1.15 ไม่เป็นบุคคลล้มละลายหรือไร้ความสามารถ
- 1.16 มีสุขภาพแข็งแรง และปราศจากโรคเหล่านี้
  - (1) โรคหัวใจ
  - (2) โรคหัวใจในระยยะอันตราย
  - (3) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
  - (4) โรคมะเร็งในระยยะอันตราย
  - (5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง

### 2. ระยะเวลาการเปิดรับสมัคร

เปิดรับสมัคร ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 31 มีนาคม 2564

### 3. ค่าสมัคร เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า และเงินค่าธรรมเนียม ผู้สมัครต้องชำระเงิน

3.1 ค่าสมัคร	50.-	บาท		
3.2 ค่าธรรมเนียม	20.-	บาท		
3.3 เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า	300.-	บาท		
3.4 เงินค่าบริจาคให้สมาคมฯ				
➢ สำหรับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป - 55 ปีบริบูรณ์	จำนวนเงิน	5,000.-	บาท	
➢ สำหรับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป - 60 ปีบริบูรณ์	จำนวนเงิน	6,000.-	บาท	
➢ สำหรับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป - 65 ปีบริบูรณ์	จำนวนเงิน	7,000.-	บาท	
➢ สำหรับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป - 70 ปีบริบูรณ์	จำนวนเงิน	9,000.-	บาท	
➢ สำหรับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป - 75 ปีบริบูรณ์	จำนวนเงิน	11,000.-	บาท	

(การนับอายุแต่ละช่วง ให้นำอายุครบบริบูรณ์ ณ วันที่สมัครเป็นสมาชิก)

### 4. เอกสารประกอบการสมัคร

4.1 ใบสมัคร				
4.2 หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนารับเงินสงเคราะห์ฯ	จำนวน	1	ฉบับ	
4.3 ใบรับรองแพทย์ฉบับจริงจากโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น (อายุไม่เกิน 30 วัน) ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนด	จำนวน	1	ฉบับ	
4.4 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / บัตรข้าราชการ ผู้สมัครและผู้รับประโยชน์	จำนวน	1	ฉบับ	
4.5 สำเนาทะเบียนบ้าน ผู้สมัครและผู้รับประโยชน์	จำนวน	1	ฉบับ	
4.6 สำเนาทะเบียนสมรส (กรณีผู้สมัครเป็นคู่สมรส)	จำนวน	1	ฉบับ	
4.7 ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)	จำนวน	1	ฉบับ	

### 5. การสมัคร

5.1 ยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารหลักฐานและชำระเงินค่าสมัคร, ค่าบำรุง, เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า และเงินบริจาคให้สมาคมฯ ตามที่กำหนด โดยสามารถยื่นใบสมัครได้ที่

5.1.1 สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูตาก จำกัด สำนักงาน สหกรณ์ออมทรัพย์ครูตาก จำกัด (สำนักงานใหญ่) เลขที่ 461 หมู่ที่ 5 ถนนพหลโยธิน ตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง ตาก จังหวัดตาก โทรศัพท์ 055 - 541554 ต่อ 24 และ 055 - 511061 ต่อ 24

5.1.2 สำนักงานสหกรณ์ออมทรัพย์ครูตาก จำกัด (สาขาแม่สอด) เลขที่ 100/100 ถนนเอเชีย ตำบลแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก โทรศัพท์ 055 - 030215

5.2 คณะกรรมการดำเนินการสมาคมฯ พิจารณาคุณสมบัติและอนุมัติการเป็นสมาชิก ระหว่างวันที่ 1 - 30 ของทุกเดือน

5.3 สมาคมฯ จะแจ้งผลการอนุมัติการเป็นสมาชิกตั้งแต่วันที่คณะกรรมการพิจารณาอนุมัติ และจะมีผลคุ้มครองหลังจากคณะกรรมการพิจารณาแล้ว 30 วันนับถัดจากวันที่คณะกรรมการมีมติอนุมัติสมาชิกภาพ

ประกาศ ณ วันที่ 25 เดือน กันยายน พ.ศ.2563

(ลงชื่อ)

(นายพยนต์ สีบรรอด)

นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์

ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูตาก จำกัด



เฉพาะเจ้าหน้าที่ฝ่ายทะเบียน  
รับเป็นสมาชิกเมื่อ.....  
สมาชิกเลขที่.....  
.....เจ้าหน้าที่

### ใบสมัครสมาชิก

#### สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูตาก จำกัด (กรณีพิเศษ)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขที่ประจำตัวประชาชน

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

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์  
ออมทรัพย์ครูตาก จำกัด

ประเภทสามัญ (สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ครูตาก จำกัด) เลขทะเบียนสหกรณ์.....

สังกัด.....อำเภอ.....

ประเภทสมทบ เป็น  คู่สมรส  บิดา  มารดา  บุตร  อื่นๆ ระบุ.....

ของ นาย/นาง/นางสาว.....เลขทะเบียนสหกรณ์.....สังกัด.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็น  สมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์ครูตาก จำกัด เลขทะเบียนสหกรณ์.....

โดยยอมรับปฏิบัติตามข้อบังคับของสมาคมฯ หลักเกณฑ์ และเงื่อนไข ตามที่กำหนดไว้ทุกประการ และข้าพเจ้าได้  
ชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรกจำนวน 50 บาท เงินค่าบำรุงรายปี ปีละ 20 บาท เงินค่าสงเคราะห์ศพล่วงหน้าจำนวน  
300 บาท เงินค่าบริจาคให้สมาคมฯ.....บาท และเปิดบัญชีเงินฝากเพื่อสมาคมฯ 100 บาท รวมเป็นเงิน  
.....บาท และครั้งต่อไปชำระดังนี้

ชำระเป็นรายเดือน ๆ ละ 300 บาท จากบัญชีเงินฝากสหกรณ์ ของ.....  
เลขที่สมาชิก.....เลขที่บัญชี.....

ชำระเป็นรายปี ๆ ละ 3,600 บาท เป็นเงินสด หรือจากเงินปันผล,เฉลี่ยคืน ของ.....  
เลขที่สมาชิก.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์  
ครูตาก จำกัด มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

#### สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติถูกต้องครบถ้วน และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัคร  
ครบถ้วน พร้อมทั้งชำระเงินค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี เงินบริจาค และเงินค่าสงเคราะห์ศพล่วงหน้าแล้ว ควรอนุมัติรับเป็น  
สมาชิก

ลงชื่อลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(.....)

**หนังสือรับรองการสมัครเข้าเป็นสมาชิก  
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูตาก จำกัด**

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์  
ออมทรัพย์ครูตาก จำกัด เลขประจำตัวสมาชิก.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....  
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
ขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูตาก  
จำกัด

(ลงชื่อ) .....ผู้รับรอง  
(.....)

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์  
ออมทรัพย์ครูตาก จำกัด เลขประจำตัวสมาชิก.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....  
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
ขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูตาก  
จำกัด

(ลงชื่อ) .....ผู้รับรอง  
(.....)

**หมายเหตุ** จำนวนผู้รับรองให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ฯ (ถ้าเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจ  
สงเคราะห์ฯให้รับรอง 2 คน ถ้าเป็นกรรมการสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ฯ ให้รับรอง 1 คน)

**มติของคณะกรรมการ**

.....  
.....  
.....

(ลงชื่อ) .....  
(.....)

นายกสมาคมฯ



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์  
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูตาก จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....

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

สมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูตาก จำกัด เลขทะเบียน.....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....

สถานที่ทำงาน.....ตำบล.....อำเภอ.....

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

2. หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิให้แก่ นาย/นาง/นางสาว.....

บัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาได้รับเงินสงเคราะห์จากเงินสงเคราะห์ที่สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์  
ออมทรัพย์ครูตาก จำกัด พึ่งจ่ายหลังจากหักเงินค่าจัดการศพให้บุคคลที่ระบุ โดยจ่ายให้กับสหกรณ์ออมทรัพย์ครูตาก  
จำกัด เท่ากับจำนวนหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกผันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้

3.1 .....เกี่ยวข้องเป็น.....ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

.....เบอร์โทร.....

3.2 .....เกี่ยวข้องเป็น.....ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

.....เบอร์โทร.....

3.3 .....เกี่ยวข้องเป็น.....ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

.....เบอร์โทร.....

3.4 .....เกี่ยวข้องเป็น.....ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

.....เบอร์โทร.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือ  
กระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

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

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่สมาคมฯ ลงชื่อ.....นายกสมาคมฯ  
(.....) (.....)

**ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้**

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคล (ตามข้อบังคับฯ หมวด 4 ข้อ 21 และประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมฯ วิธีการจ่ายค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ ข้อ 3) ดังต่อไปนี้

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

ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯ จ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 1. ตามลำดับก่อนหลัง ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯ แบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ครุตาก จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อน โดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

- 2.1 .....เกี่ยวข้องเป็น.....  
ลงชื่อ.....
- 2.2 .....เกี่ยวข้องเป็น.....  
ลงชื่อ.....
- 2.3 .....เกี่ยวข้องเป็น.....  
ลงชื่อ.....
- 2.4 .....เกี่ยวข้องเป็น.....  
ลงชื่อ.....



## ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว.....อายุ.....ปี

ปรากฏว่า

นาย / นาง / นางสาว.....

ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ และปราศจากโรคเหล่านี้

- (1) โรคหัวใจ
- (2) โรคฉี่หนูในระยยะอันตราย
- (3) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
- (4) โรคมะเร็งในระยยะอันตราย
- (5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ดังนี้.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ
- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
  - (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์เพียงใด
  - (3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย



ใบแจ้งความจำนงส่งเงินฝากออมทรัพย์  
เพื่อสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูตาก จำกัด  
เป็นรายเดือน/รายปี

\*\*\*\*\*

ข้าพเจ้า ..... สมาชิกเลขทะเบียนที่.....  
สำนักงาน / โรงเรียน.....หน่วยอำเภอ.....จังหวัดตาก  
มีความประสงค์ส่งเงินฝากออมทรัพย์เพื่อสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์  
ออมทรัพย์ครูตาก จำกัด

( ) ฝากรายเดือน เดือนละ 300 บาท

( ) ฝากรายปี ปีละ 3,600 บาท โดยหักจากปันผล/เฉลี่ยคืน

ไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์ครูตาก จำกัด บัญชีเลขที่ .....

.....  
ทั้งนี้ ตั้งแต่วัดเก็บเงินประจำเดือน.....พ.ศ.....เป็นต้นไป

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....