

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประจำตัว ประชาชน (ผู้สมัครและผู้รับประโยชน์) 1 ฉบับ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้สมัครและผู้รับประโยชน์) 1 ฉบับ
3. สำเนาใบสำคัญทะเบียนสมรส (ถ้ามี) 1 ฉบับ



เฉพาะเจ้าหน้าที่ฝ่ายทะเบียน

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

ใบสมัครสมาชิก

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูตาก จำกัด กองที่ 1

ประเภทการสมัคร กรณีปกติ 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.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูตาก จำกัด กองที่ 1

ประเภทสามัญ (สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ครูตาก จำกัด) เลขทะเบียนสหกรณ์.....

สังกัด.....อำเภอ.....

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

ของ นาย/นาง/นางสาว.....เลขทะเบียนสหกรณ์ฯ.....

สังกัด.....อำเภอ.....จังหวัด.....

สมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์ครูตาก จำกัด เลขทะเบียนสหกรณ์.....

โดยยอมรับปฏิบัติตามข้อบังคับของสมาคมฯ หลักเกณฑ์ และเงื่อนไข ตามที่กำหนดไว้ทุกประการ และข้าพเจ้าได้ชำระ
เงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรกจำนวน 50 บาท เงินค่าบำรุงรายปี ปีละ 20 บาท เงินค่าสงเคราะห์ศพล่วงหน้าจำนวน 300 บาท
เงินค่าบริจาคให้สมาคมฯ.....บาท และเปิดบัญชีเงินฝากเพื่อสมาคมฯ 100 บาท รวมเป็น
เงิน.....บาท และครั้งต่อไปชำระดังนี้

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

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

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์
ครูตาก จำกัด กองที่ 1 มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติถูกต้องครบถ้วน และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัคร
ครบถ้วน พร้อมทั้งชำระเงินค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี และเงินค่าสงเคราะห์ศพล่วงหน้าแล้ว ควรอนุมัติรับเป็นสมาชิก

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(.....)

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูตาก จำกัด กองที่ 1

ข้าพเจ้า.....สมาชิก/กรรมการสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์
ออมทรัพย์ครูตาก จำกัด กองที่ 1 เลขประจำตัวสมาชิก.....อยู่บ้านเลขที่หมู่ที่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูตาก จำกัด กองที่ 1

(ลงชื่อ)ผู้รับรอง
(.....)

ข้าพเจ้า.....สมาชิก/กรรมการสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์
ออมทรัพย์ครูตาก จำกัด กองที่ 1 เลขประจำตัวสมาชิก.....อยู่บ้านเลขที่หมู่ที่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูตาก จำกัด กองที่ 1

(ลงชื่อ)ผู้รับรอง
(.....)

หมายเหตุ จำนวนผู้รับรองให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ฯ (ถ้าเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจ
สงเคราะห์ฯ ให้รับรอง 2 คน ถ้าเป็นกรรมการสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ฯ ให้รับรอง 1 คน)

มติของคณะกรรมการ

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

(ลงชื่อ)
(.....)

นายกสมาคมฯ



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูตาก จำกัด กองที่ 1

เขียนที่.....

วันที่.....

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

สมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูตาก จำกัด กองที่ 1 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 กองที่ 1 พึงจ่ายหลังจากหักเงินค่าจัดการศพให้บุคคลที่ระบุ โดยจ่ายให้กับสหกรณ์ออมทรัพย์
ครูตาก จำกัด เท่ากับจำนวนหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคล
ดังต่อไปนี้

3.1เกี่ยวข้องเป็น.....ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

.....เบอร์โทร.....

3.2เกี่ยวข้องเป็น.....ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

.....เบอร์โทร.....

3.3เกี่ยวข้องเป็น.....ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

.....เบอร์โทร.....

3.4เกี่ยวข้องเป็น.....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
ถ้าไม่มี

บุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯ จ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 1. ตามลำดับก่อนหลัง ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯ แบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ครุตาก จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อน โดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

- 2.1เกี่ยวข้องกับ.....
ลงชื่อ.....
- 2.2เกี่ยวข้องกับ.....
ลงชื่อ.....
- 2.3เกี่ยวข้องกับ.....
ลงชื่อ.....
- 2.4เกี่ยวข้องกับ.....
ลงชื่อ.....



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

เขียนที่..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน อายุ..... ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สสค.ตาก ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- 2. ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- 3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
- 4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้
 - 4.1 โรคมะเร็ง ทุกประเภท ไม่มี มี ระบุ.....
 - 4.2 โรคหัวใจ ทุกประเภท ไม่มี มี ระบุ.....
 - 4.3 โรคหัวใจ ทุกประเภท ไม่มี มี ระบุ.....
 - 4.4 โรคปอด ทุกประเภท ไม่มี มี ระบุ.....
 - 4.5 โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทุกประเภท ไม่มี มี ระบุ.....
 - 4.6 โรคไต ทุกประเภท ไม่มี มี ระบุ.....
 - 4.7 โรคหลอดเลือด ทุกประเภท ไม่มี มี ระบุ.....
- 5. โรคร้ายแรงอื่นๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่าบันทึกถ้อยคำดังกล่าวที่ให้ไว้ข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ **หากบันทึกถ้อยคำที่ได้แจ้งไว้ไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือเป็นเท็จแล้ว ขอให้ สมอต.1 ตัดสิทธิ์ข้าพเจ้าให้เป็นผู้ขาดคุณสมบัติการเป็นสมาชิกได้ตามมติคณะกรรมการ สมอต.1 และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใดๆ ในการรับเงินสงเคราะห์ตามที่กำหนด เมื่อข้าพเจ้าได้เสียชีวิตตามข้อ 4.1 - 4.7 ก่อนครบกำหนด 1 ปี**

ข้าพเจ้าได้รับทราบเงื่อนไขและข้อกำหนดแล้วว่าภายใน 1 ปีนับแต่ที่ สมอต.1 มีมติรับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว หากข้าพเจ้าเสียชีวิตก่อนครบกำหนด 1 ปี ด้วยโรคข้อ 4.1 - 4.7 ทาง สมอต.1 จะไม่จ่ายเงินสงเคราะห์ให้ผู้รับเงินสงเคราะห์

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

(ลงชื่อ).....

(.....)

พยาน/เจ้าหน้าที่สมาคมฯ

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์



ใบแจ้งความจำนงส่งเงินฝากออมทรัพย์
เพื่อสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูดาก จำกัด กองที่ 1
เป็นรายเดือน/รายปี

ข้าพเจ้า สมาชิกเลขทะเบียนที่.....
สำนักงาน / โรงเรียน.....หน่วยอำเภอ.....จังหวัดตาก

มีความประสงค์ส่งเงินฝากออมทรัพย์เพื่อสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์
ออมทรัพย์ครูดาก จำกัด กองที่ 1

() ฝากรายเดือน เดือนละ 300 บาท

() ฝากรายปี ปีละ 3,600 บาท โดยหักจากปันผล/เฉลี่ยคืน

ไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์ครูดาก จำกัด บัญชีเลขที่

.....

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

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....