

เอกสารประกอบ :

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยน ชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์ของรัฐบาลปัจจุบัน อายุไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
7. รูปถ่าย 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป



สม.สอ.สป. 1/1 (สามัญ)

เลขมาปนกิจ.....
รอบการประชุม...../.....

รูป

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ กรณีพิเศษ อายุไม่เกิน 70 ปี

สมาคมพนักงานสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด (สม.สอ.สป.)

เขียนที่

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (ตัวบรรจง)สมาชิกสหกรณ์เลขที่.....

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

□-□□□□-□□□□□□-□□-□□ □ผู้สมรสชื่อ.....

(1) อาชีพผู้สมัคร.....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

(2) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

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

e-mail.....

(3) ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ (☐ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ กรณีใช้ที่อยู่ปัจจุบันตามที่อยู่ทะเบียนบ้าน)

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

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

e-mail.....

(4) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก จำนวน 750 บาท และชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้ารายปีครั้งต่อไป

โดยให้สหกรณ์หักจาก

☐ ชำระเป็นเงินสด

☐ ชำระ โดยหักจากบัญชีเงินฝากสหกรณ์เลขที่.....

☐ ชำระจากเงินปันผล , เหลือคืน

☐ ชำระ โดยหักจากเงินกู้สมาชิก

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจข้อบังคับของสมาคมพนักงานสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด (สม.สอ.สป.) โดยตลอดทุกประการแล้ว จึงมีความยินดีขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฯ นี้ และยินยอมปฏิบัติตาม ข้อบังคับของสมาคม สม.สอ.สป. ตลอดทั้งระเบียบต่างๆ ที่สมาคมฯ กำหนดขึ้น เพื่อดำเนินกิจการของสมาคมฯ หากสมาชิกเสียชีวิตก่อนครบกำหนดระยะเวลา 1 ปีด้วยโรคที่กำหนด นับจากวันที่คณะกรรมการมีมติอนุมัติ สมาคมขอสงวนสิทธิ์ในการงดจ่ายเงินสงเคราะห์ศพ และจะคืนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าในส่วนที่เหลือหลังหักภาระผูกพันแล้ว เว้นแต่กรณีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม สม.สอ.สป.

ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สม.สอ.สป. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร ค่าบำรุง และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สม.สอ.สป. เรื่องรับสมัครสมาชิก หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษแล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....)
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

สำหรับคณะกรรมการ สม.สอ.สป.

คำสั่ง ☐ อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สม.สอ.สป. ตั้งแต่วันที่
(คราวประชุมครั้งที่/.....เมื่อวันที่.....)
☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก
.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....



สม.สอ.สป. 2/1 (สามัญ)

หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมปณิกสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์ครุสมุทรปราการ จำกัด (สม.สอ.สป.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....e-mail.....
ทำงานประจำในตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....ต่อ.....

1. สถานภาพ

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

2. หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิให้ (ชื่อ-สกุล).....

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

3. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่สมาคมพึงจ่ายให้กับบุคคล ดังต่อไปนี้

3.1บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

3.2บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

3.3บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

3.4บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจไม่มีผู้ใดบังคับข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ
ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่สมาคมฯ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์ และหรือผู้จัดการศพ ต้องเป็นบุคคล (ตามข้อบังคับฯ หมวด 7 ข้อ 23 และประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมฯ วิธีการจ่ายเงินจ่ายค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ ข้อ 3) ดังต่อไปนี้

- | | |
|---|--|
| 1.1 สามัญ ภริยา บุตร บิดา มารดา | 1.4 ปู่ ย่า ตา ยาย |
| 1.2 พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน | 1.5 หลุ ป้า น้า อา |
| 1.3 พี่น้องร่วมบิดา หรือ มารดา เดียวกัน | 1.6 ผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือ ผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู |

ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯ จ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลที่ระบุใน ข้อ 1 ตามลำดับก่อนหลัง ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯ แบ่งเงินค่าจัดการศพ หรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้ได้แก่บุคคลใดได้ ให้เงินตกเป็นของแผ่นดิน

2. กรณีผู้ให้คำยินยอมมีภาระหนี้ กับสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อน โดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ทายาท

(.....)

ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ลำดับที่ 1

(ลงชื่อ).....ทายาท

(.....)

ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ลำดับที่ 2

(ลงชื่อ).....ทายาท

(.....)

ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ลำดับที่ 3

(ลงชื่อ).....ทายาท

(.....)

ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ลำดับที่ 4



หนังสือยินยอมให้ส่วนราชการหักเงินสงเคราะห์ศพ

เขียนที่.....

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
รับราชการสังกัด..(1).....ตำแหน่ง.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์ (บ้าน /มือถือ).....
และเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด เลขทะเบียน.....มีความประสงค์ให้ส่วน
ราชการหักเงินสงเคราะห์ศพจากเงินเดือนและส่งให้แก่สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ
จำกัด ที่ข้าพเจ้าเป็นสมาชิก โดยให้หักเป็นประจำทุกเดือน จึงมีหนังสือให้ความยินยอมไว้กับ .. (1)
.....ดังนี้

ข้อ 1 ยินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินหักเงินเดือน ค่าจ้าง หรือเงินบำนาญที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการตามจำนวน
ที่สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด แจ้งในแต่ละเดือน และส่งเงินสงเคราะห์ศพ หรือ
เงินอื่นใดแล้วแต่กรณีให้แก่สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด แทนข้าพเจ้าทุกเดือน

ข้อ 2 กรณีข้าพเจ้าพ้นจากการเป็นข้าราชการ/ลูกจ้าง และได้รับเงินบำเหน็จ ข้าพเจ้าให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินหักเงินจากเงิน
บำเหน็จที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการ ตามจำนวนที่สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ
จำกัด แจ้งและส่งเงินจำนวนนั้นให้แก่สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด แทนข้าพเจ้า

ข้อ 3 การหักเงินเดือน ค่าจ้าง เงินบำนาญ เมื่อได้หักชำระหนี้แก่ทางราชการแล้ว(ถ้ามี) ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินส่ง
ให้สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด ก่อนเป็นอันดับแรก

ข้อ 4 หนังสือยินยอมนี้ให้มีผลตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป และข้าพเจ้าสัญญาว่าจะไม่ถอนการให้คำยินยอมทั้งหมดหรือ
บางส่วน เว้นแต่จะได้รับคำยินยอมเป็นหนังสือจากสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด

ส่วนที่ 2 ข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด หักเงินปันผล และเงินเฉลี่ยคืนทุกๆ ปี เพื่อชำระเงิน
สงเคราะห์ศพให้แก่สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด หากเกิดกรณีที่ส่วนราชการไม่
สามารถหักเงินเดือน หรือเงินอื่นใดได้

หนังสือยินยอมฉบับนี้ทำขึ้นด้วยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง และข้าพเจ้าได้ตรวจสอบข้อความและถ้อยคำใน
หนังสือฉบับนี้ทั้งหมดแล้ว ตรงตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

หนังสือนี้ทำขึ้นสองฉบับมีข้อความตรงกัน ฉบับที่หนึ่งเก็บไว้ที่สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ครู
สมุทรปราการ จำกัด ฉบับที่สองเก็บไว้ที่ข้าพเจ้า

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

หมายเหตุ “(1)” หมายถึงชื่อส่วนราชการ

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

ข้าพเจ้า (ตัวบรรจง)สมาชิกสหกรณ์เลขที่.....

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

□-□□□□-□□□□□□-□□-□

ได้ทำการสมัครสมาชิก สธ.สอ.สป. กรณีพิเศษ

อายุไม่เกิน 70 ปี (สมัครระหว่างวันที่ 1 เมษายน – 30 มิถุนายน 2565) และขอใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาล
(ระบุสถานพยาบาล)

..... ขอเรียนว่าข้าพเจ้า มีประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

	ไม่มี	มี	
1. โรคเมเร็งทุกชนิด ทุกระยะ	☐	☐	ระบุ.....
2. โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด	☐	☐	ระบุ.....
3. โรคฉี่หนูในระยยะอันตราย	☐	☐	ระบุ.....
4. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง	☐	☐	ระบุ.....
5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	☐	☐	ระบุ.....
6. โรคไตวายเรื้อรัง	☐	☐	ระบุ.....
7. โรคปอดเรื้อรัง	☐	☐	ระบุ.....
8. โรคตับแข็ง	☐	☐	ระบุ.....
9. โรคร้ายแรงอื่นๆ ตามที่แพทย์ระบุ.....			

เรียน นายกสมาคมฉางกษสเคราะห้สหกรณ์ออมทรัพย์ครุสมุทปรการ จำกัด (สธ.สอ.สป.)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าไม่มีประวัติการรักษาโรคตามข้อ 1-9 และยินยอมให้ สธ.สอ.สป. ขอ
ประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัวตามข้อ 1-9 และหากเสียชีวิตภายใน
ระยะเวลา 1 ปี หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จให้ถือว่า ข้าพเจ้าไม่มีสมาชิกภาพของ สธ.สอ.สป. มาตั้งแต่ต้น
ทาง สธ.สอ.สป. ไม่อนุมัติเป็นสมาชิก โดยคืนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือให้กับผู้สมัคร

ลงชื่อ(ผู้สมัครสมาชิก สธ.สอ.สป.)

ตัวบรรจง (.....)

ลงชื่อพยาน

ตัวบรรจง (.....)

ลงชื่อพยาน (เจ้าหน้าที่ /กรรมการสมาคม)

ตัวบรรจง (.....)



สณ.สอ.สป. 5

ใบแสดงความจำนงบริจาคเงินให้กับ สณ.สอ.สป.

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....เลขทะเบียน
สมาชิกสหกรณ์.....เลขบัตรประชาชน.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....มือถือ.....
email.....Line.....

มีความประสงค์ **จ่ายเงินบริจาค** เข้า “กองทุนเพื่อความมั่นคง” เพื่อใช้ตามวัตถุประสงค์ของกองทุน
เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)
เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นไปด้วยความสมัครใจโดยไม่มีผู้ใดบังคับทั้งสิ้น

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)