

เอกสารประกอบ

- 1. สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรประจำตัวประชาชน
- 2. สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3. สำเนาทะเบียนสมรส
- 4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล(ถ้ามี)
- 5. ใบบัตรแพทย์ฉบับจริง ที่ สสส. กำหนด มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- 6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
- 7. กรณีสมัครประเภทสมาชิกสหกรณ์ ต้องแนบสำเนาบัตรพนักงานราชการ / ลูกจ้างชั่วคราว ในหน่วยงานสังกัดราชการและสหกรณ์ที่ออกบัตร
- 8. กรณีสมัครสมาชิกสหกรณ์ ต้องมีใบเสร็จรับเงินจากสหกรณ์ที่ออกบัตร



ใบเสร็จรับเงิน สสธ. เล่มที่

เลขที่

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสมบท (วาระพิเศษ)

สมาคมณาปนกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสธ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ

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

เลขประจำตัวประชาชน ก懿วันที่.....เดือน..... พ.ศ

คู่สมรสชื่อ.....

- (1) สมาชิกสมบทของสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด เลขสมาชิกสหกรณ์.....
 พนักงานราชการ พกส. ลูกจ้างชั่วคราว เจ้าหน้าที่ สสส./กสส. กรรมการ / ผู้ตรวจสอบฯ / เจ้าหน้าที่ ชสอ.
 คู่สมรส / บุตรของสมาชิก สสธ. ตามข้อบังคับ ข้อ 10.1 (1) ข้อ 10.2 (1) ข้อ 10.2 (2) ประกอบอาชีพ (ประดิษฐ์).....

2) ตำแหน่ง..... หรือปฏิบัติหน้าที่.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน..... ตำบล (แขวง).....
 อำเภอ (เขต)..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....
 ระบุชื่อ - สกุล (นามสกุล)..... เลขสมาชิก สอ. เลขณาปนกิจ.....

(3) สถานที่อยู่ (ในการจัดส่งเอกสาร)

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล(แขวง).....
 อำเภอ(เขต)..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน/มือถือ.....

(4) การชำระเงิน ดังนี้

4.1 การชำระเงินครั้งแรก

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก | เป็นเงิน 20 บาท |
| <input type="checkbox"/> ค่าบำรุงรายปี | เป็นเงิน 20 บาท |
| <input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า..... | 5,500....บาท |
| รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน..... | 5,540....บาท (ห้าพันห้าร้อยสี่สิบบาทถ้วน) |
| <input type="checkbox"/> ในการนี้ที่สมัครวาระพิเศษเงินสมบทฯ จำนวน..... บาท | |
| รวมเป็นเงินทั้งสิ้น..... บาท | |

4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ดังนี้

- ชำระเป็นเงินสดที่สมาคมหรือศูนย์ประสานงานสมาคม
- ชำระเงินเข้าบัญชีสมาคม ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาเดอะคริสตัล ราชพฤกษ์ ชื่อบัญชี สมาคมณาปนกิจ สงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ประเภทกระแสรายวัน (Bill Payment Pay- In Slip)

เลขที่บัญชี 468-0-39888-5

- ชำระจากเงินปั้นผล เคลื่ยคืน จาสหกรณ์ดันสังกัด

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศของสมาคมณาปนกิจสังเคราะห์ สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย และ มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ และเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)



คำรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก

ผู้รับรองต้องเป็นสมาคมมาปนกิจส่งเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

ข้าพเจ้า..... สมาคมมาปนกิจส่งเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์

สาธารณสุขไทย ทะเบียนเลขประจำตัว..... อายุบ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่าผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว..... มีคุณสมบัติตามข้อบังคับ ข้อ 10.2

ของสมาคมมาปนกิจส่งเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทยทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง

วันที่...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสธ. และได้แนบหลักฐาน
ประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าลงทะเบียนล่วงหน้า ตามข้อบังคับ ระเบียบ
และประกาศการรับสมัครสมาชิก สสธ. ตามรอบการรับสมัครสมาชิก หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของกรรมการ

เสนอ เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สสธ.

ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

กรรมการผู้ได้รับมอบหมาย

ความเห็นสำหรับคณะกรรมการสมาคม สสธ.

คำสั่ง อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสธ. ตั้งแต่วันที่.....

ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสมาคม ครั้งที่/ 25 เมื่อวันที่.....

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

นายกสมาคม สสธ.

กรรมการ สสธ. ปฏิบัติการแทน
นายกสมาคม สสธ.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



สสท. 2

ใบรับรองแพทย์

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก สสท.

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

เลขประจำตัวประชาชน ข้าพเจ้ามีประวัติสุขภาพ ดังนี้
โรคตามข้อ (3.1) – (3.10) ในส่วนที่ 2 ของแพทย์ ไม่มี มี (ระบุ).....
โรคประจำตัวอื่นๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
ลงชื่อ..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ตรวจร่างกายและสอบประวัติ นาย/นาง/นางสาว..... แล้ว มีรายละเอียด ดังนี้

- (1) ไม่เป็นผู้มีภาระทางพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
 (2) ไม่มีจิตพิรุณ ไม่สมประกอบ

(3) ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้ ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

- | | |
|---|--|
| (3.1) โรคมะเร็ง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (3.2) โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (3.3) โรควัณโรค | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (3.4) โรคปอดเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (3.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (3.6) ภาวะไตวาย(ลังไถ) | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (3.7) โรคเอดส์ | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (3.8) โรคตับแข็ง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (3.9) โรคเอสแอลเอ (SLE) | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (3.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ สสท. 2 | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชนหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
(3) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ(3) ให้การสมัครเป็นสมาชิกตกลงเป็นโมฆะทันที
(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็น
สมาชิก สสท. โดยเริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป

ถ้อยແແລງແລະ ໄທກາຍີນຍອມຂອງຜູ້ສັມຄັດສມາຊີກ ສສທ.



ສສທ. 2

ເຂົ້ານທີ..... ວັນທີ..... ເດືອນ..... ພ.ສ.....

ໜ້າພເຈົ້າ ນາຍ/ນາງ/ນາງສາວ.....

ເລຂປະຈຳຕັ້ງປະຊານ ພົບໂປຣໂມໂຄໂລໂພ ອາຍຸ..... ປີ

ໜ້າພເຈົ້າຂອໍໃຫ້ປະຈິບສຸຂພາພຂອງໜ້າພເຈົ້າເພື່ອປະກອບກາຮສັມຄັດສມາຊີກ ສສທ. ດັ່ງນີ້

- 1. ມີສຸຂພາພແຂງແຮງ
- 2. ໄມເປັນຜູ້ມີກາຍຖຸພລກາພ ຈນໄມ່ສາມາດປັບປຸງບົດທັກທີໄດ້
- 3. ໄມມີຈິຕິພື້ນເພື່ອນ ໄມ່ສົມປະກອບ

4.ປະຈິບກາຮຮັກມາໂຮດຕ່ອໄປນີ້

- | | |
|---|--|
| (4.1) ໂຮມະເຮັງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ <input type="checkbox"/> ມື (ຮະບຸ)..... |
| (4.2) ໂຮມຫວ້າໃຈ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ <input type="checkbox"/> ມື (ຮະບຸ)..... |
| (4.3) ໂຮມວັນໂຮຄ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ <input type="checkbox"/> ມື (ຮະບຸ)..... |
| (4.4) ໂຮມປອດເຮືອຮັງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ <input type="checkbox"/> ມື (ຮະບຸ)..... |
| (4.5) ໂຮມເບາຫວານຂັ້ນຮຸນແຮງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ <input type="checkbox"/> ມື (ຮະບຸ)..... |
| (4.6) ກວະໄຕວາຍ(ລ້ຳໄຕ) | <input type="checkbox"/> ໄມ່ <input type="checkbox"/> ມື (ຮະບຸ)..... |
| (4.7) ໂຮມເອດສີ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ <input type="checkbox"/> ມື (ຮະບຸ)..... |
| (4.8) ໂຮມຕັບແຂງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ <input type="checkbox"/> ມື (ຮະບຸ)..... |
| (4.9) ໂຮມເອສແອລອີ (SLE) | <input type="checkbox"/> ໄມ່ <input type="checkbox"/> ມື (ຮະບຸ)..... |
| (4.10) ໂຮມຮ້າຍແຮງອື່ນໆ ທີ່ຄະນະການການເຫັນວ່າອັນຕາຍ ຕາມປະກາສແນບທ້າຍຂອງ ສສທ. 2 | <input type="checkbox"/> ໄມ່ <input type="checkbox"/> ມື (ຮະບຸ)..... |

ໜ້າພເຈົ້າຂອໍຍັນວ່າດ້ວຍແແລງທີ່ໄໝໄວເປັນຄວາມຈົງທຸກປະການ หากໜ້າພເຈົ້າແແລງຂ້ອງຄວາມອັນເປັນເທິງເຈົ້າ ໃຫ້ ສສທ. ຕັດສິທິ່ຈາກການເປັນສມາຊີກ ສສທ. ຕາມຂ້ອນບັນດັບສມາຄມ ພ.ສ. 2566 ຂ້ອ 15(4) ໄດ້ທັນທີ ແລະ ໜ້າພເຈົ້າ ຕລອດທັງໝາຍຫາກຫຼື ຜູ້ຮັບເງິນສົງເຄຣະທີ່ຂອງໜ້າພເຈົ້າຈະໄມ່ຂອຮັບສິທິ່ແລະ ໄຊສິທິ່ໄດ້ ແລະ ຂອສລະສິທິ່ໃນການທີ່ຈະ ຮັບເງິນສົງເຄຣະທີ່ຄອບຄວາມເມື່ອໜ້າພເຈົ້າເສີຍຊື່ວິຕ ວິວທີ່ ໜ້າພເຈົ້າໄມ່ຕິດໃຈທີ່ຈະເຮີຍກ່ອງເງິນສົງເຄຣະຫຼື ເງິນອື່ນໄດ້ຈາກ ສສທ. ທັ້ງສິ້ນ ໂດຍໜ້າພເຈົ້າຍີນຍອມປົງປົງຕິດາມຂ້ອນບັນດັບສມາຄມທຸກປະການ

ໜ້າພເຈົ້າຍີນຍອມເປີດແຜຍປະຈິບສຸຂພາພຂອງໜ້າພເຈົ້າ ໂດຍມອບໃຫ້ ສສທ. ຂອປະຈິບກາຮຮັກມາຂອງໜ້າພເຈົ້າ ຈາກສຕານພຍາບາລທີ່ເກີ່ມຂຶ້ນໄດ້

ລັງຊື່.....

(.....)

(ຜູ້ສັມຄັດສມາຊີກ ສສທ.)

ລັງຊື່.....

(.....)

ພຍານ/ເຈົ້າທີ່ສູນຍົບປະສານງານ

ລັງຊື່.....

(.....)

ພຍານ/ຜູ້ມີຊື່ຮັບເງິນສົງເຄຣະທີ່



**ประกาศสมาคมมาปันกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย
เรื่อง กำหนดโรคร้ายแรงอื่น ๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย**

เพื่อให้การดำเนินงาน สสธ. และศูนย์ประสานงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ ที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่ 7/2566 ครั้งที่ 4 เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2566 จึงได้มีมติ กำหนดโรคร้ายแรงอื่น ๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย โดยให้ศูนย์ประสานงานถือปฏิบัติ เพื่อให้การ ดำเนินงานของ สสธ. และศูนย์ประสานงานมีความสอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ดังนั้น สสธ. จึงขอความร่วมมือให้ศูนย์ประสานงานทำการประชาสัมพันธ์แจ้งให้ผู้สนใจสมัคร เป็นสมาชิก สสธ. ได้รับทราบและใช้ใบรับรองแพทย์ (สสธ. 2) ตามแบบฟอร์มที่สมาคมกำหนดเท่านั้น โดยสามารถดาวน์โหลดใบรับรองแพทย์ (สสธ. 2) ได้ที่ www.cpct.or.th **และการรับสมัครสมาชิก สสธ. ไม่รับสมัครผู้ที่ป่วยเป็นโรค 9 โรค ตามที่ระบุใบรับรองแพทย์ (สสธ. 2) ดังนี้**

1. โรคมะเร็ง
2. โรคหัวใจ
3. โรควัณโรค
4. โรคปอดเรื้อรัง
5. โรคเบาหวานขึ้นรุนแรง
6. ภาวะไตวาย (ล้างไต)
7. โรคเอดส์
8. โรคตับแข็ง
9. โรคเอสแอลอี (SLE)

และโรคประจำตัวร้ายแรงอื่น ๆ 20 โรค ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายตามประกาศของ สสธ.
ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง (STROKE) ที่มีภาวะแทรกซ้อนจนไม่สามารถทำงานตามปกติได้
2. โรคอัลไซเมอร์ (ALZHEIMER)
3. โรคสมองเสื่อม (DEMENTIA)
4. โรคหลอดเลือดโป่งพอง (ANEURYSM)
5. โรคเส้นเลือดขอดในสมอง

6. โรคซึมเศร้า (DEPRESSSTVE DISORDER)
7. โรคไทรอยด์เป็นพิษ (THYROIDTOXICOSIS) ที่ยังไม่สามารถควบคุมให้ไทรอยด์ออร์โมนอยู่ในเกณฑ์ปกติ
8. โรคชาลัสซีเมีย (THALASSEMIA) ชนิดเมจเจอร์ (Major) ได้แก่ อัลฟาราลัสซีเมียเมจเจอร์ (Alpha Thalassemial Major), เปต้าราลัสซีเมียเมจเจอร์ (Beta Thalassemial Major), โรคชาลัสซีเมียที่ต้องรับเลือดเป็นประจำ
9. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ที่มีค่าความดันด้วย (Systolic pressure) ตั้งแต่ 180 ม.m.ป্রอท ขึ้นไป หรือค่าความดันด้วย (Diastolic pressure) ตั้งแต่ 110 ม.m.ป্রอท ขึ้นไป
10. โรคเบาหวาน (DM) ที่มีค่าน้ำตาลสะสม (HbA1c) มากกว่า 8% และค่าน้ำตาลในเลือด (FBS) มากกว่า 180 mg/dl
11. โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B virus infection) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่า ปกติ 2 เท่าขึ้นไป
12. โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (Hepatitis C virus infection) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่า ปกติ 2 เท่าขึ้นไป
13. โรคไขมันพอกตับ (Fatty liver) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่าปกติ 2 เท่าขึ้นไป
14. โรคไขกระดูกฝ่อ (Aplastic Anemia)
15. โรคลมชัก (Epilepsy) ที่มีภาวะชัก ในระยะ 1 ปีล่าสุด
16. โรคผิวหนังแข็ง (Scleroderma)
17. โรคไตวายเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 4 ขึ้นไป
18. โรคฮีโมฟีเลีย (HEMOPHILIA)
19. โรคอ้วน (Obesity) ที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 35 ร่วมกับโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง
20. โรคเกล็ดเลือดต่ำจากภูมิคุ้มกัน (ITP : Immune thrombocytopenia)

ทั้งนี้ หากศูนย์ประสานงานไม่มั่นใจในกรณีที่ไม่รับรองแพทย์ของผู้สมัครระบุโดยมีประวัติการรักษาด้วยโรคตาม (1) - (9) และโรคประจำตัวร้ายแรงอื่นๆ 20 โรค ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ให้ส่งไปรับรองแพทย์มาให้ สสส. พิจารณาผ่านช่องทางไลน์กลุ่มเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน โดย สสส. จะมีองค์กรแพทย์สมาคม ประกอบด้วย นายแพทย์อนุพงศ์ เพ็ญจันทร์ นายแพทย์สมชาย ศรีสมบัติ นายนายแพทย์ชัชวาล ก่อสกุล และนายแพทย์สุชาติ ตันตินิรามัย ซึ่งเป็นที่ปรึกษา อุปนายิก และกรรมการของ สสส. จะเป็นผู้วินิจฉัยว่าสามารถสมัครสมาชิก สสส. ได้หรือไม่

ยังไง ในการนี้ที่สมาคมตรวจสอบภายหลังจากการอนุมัติรับเป็นสมาชิกแล้ว พบว่าผู้สมัครหรือสมาชิกทั้งที่ยังมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว “มีสุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรง” หรือมีประวัติการรักษาด้วยโรคตามที่ระบุไว้ในไปรับรองแพทย์หรือโรคอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายมาก่อนการสมัคร สสส. จะถือว่าผู้สมัครหรือสมาชิกรายนั้น ขาดคุณสมบัติตามข้อบังคับ พ.ศ. 2566 ข้อ 10.1 (4) และข้อ 10.2 (8)

ซึ่งจะถือว่าการสมัครเป็นโภชนาตั้งแต่วันรับสมัครทันที ทั้งนี้ ผู้สมัครหรือสมาชิกรายนั้นจะไม่มีสิทธิ์ได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น

ประกาศ ณ วันที่ 29 พฤษภาคม 2566 เป็นต้นไป

(ดร.มหาศักดิ์ บุญศรีเมธีชัย)

นายกสมาคมมาปนกิจสงเคราะห์

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สามารถสุขฯ ไทย



หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์

สมาคมมานะปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

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

สมาคมมานะปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย เลขทะเบียนที่.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....

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

โทรศัพท์..... มือถือ.....

1. สถานภาพ

โสด สมรส คู่สมรสชื่อ..... หย่า หรือ หม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สสธ. พึงจ่าย ให้ผู้จัดการศพข้าพเจ้า

คือ..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า(10%ของเงินสงเคราะห์)

ส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ คือ

2.1..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

2.2..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

2.3..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

2.4..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

2.5..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

โดยมีเงื่อนไขดังนี้ "ได้รับเต็มจำนวนเพียงครึ่งเดียว" "ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆกัน"

อื่นๆระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ผู้สมัครสมาชิก สสธ.

(ลงชื่อ)..... พยาน

(.....)

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ สสธ.

(.....)

**หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมผู้ป่วยในสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสธ.)**

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

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่ ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่
.....ซอย.....ถนน.....ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์ออมทรัพย์.....
จำกัด...หรือ..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่ ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่
.....ซอย.....ถนน.....ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
เป็นผู้() รับเงินค่าจัดการศพ () รับเงินสงเคราะห์() อื่นๆ ที่พึงได้รับ
แทนข้าพเจ้าเพื่อนำเงินดังกล่าวชำระหนี้ของ..... ที่มีต่อ
สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด งานเสริมราชการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้
เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
(.....) (.....)

บัตรประชาชน.เลขที่..... บัตรประชาชน.เลขที่.....

(ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
(.....) (.....)

บัตรประชาชน.เลขที่..... บัตรประชาชน.เลขที่.....

(ลงชื่อ) ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจ
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจ
อำนาจจริงและได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

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