



เลขที่ทะเบียนสมาคม (สสอ.).....

เขียนที่ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ สสอ.ครูพะเยาจำกัด
วันที่.....

ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... อายุ.....ปี
สมาชิกสหกรณ์เลขที่.....สังกัดหน่วย/โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ข้าพเจ้ามีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูพะเยา จำกัด ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อบังคับ
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูพะเยา จำกัด แล้วมีความเต็มใจและยินยอมที่จะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบและ
คำสั่งสมาคมทุกประการไม่ว่าข้อบังคับ ระเบียบ คำสั่งนั้นๆ จะออกก่อนหรือหลังการสมัครของข้าพเจ้าหรือมีการแก้ไขประการใดก็ดี ถ้า
ข้าพเจ้าฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบและคำสั่งของสมาคมยินยอมรับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียวโดยไม่ใช้สิทธิโต้แย้งต่อสมาคมอย่างใดโดย
สิ้นเชิง สำหรับดอกเบี้ยเงินฝากจากเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าข้าพเจ้าขอบริจาคให้สมาคม

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

เสนอคณะกรรมการ

ข้าพเจ้าได้พิจารณาใบสมัครของ.....เห็นควรมีคุณสมบัติ

ถูกต้อง เห็นสมควรอนุมัติเป็นสมาชิกได้ ไม่ถูกต้อง ไม่สมควรอนุมัติเป็นสมาชิกสาเหตุ.....

ลงชื่อ.....กรรมการและเลขานุการ ลงชื่อ.....นายทะเบียน
(.....) (.....)

มติคณะกรรมการ อนุมัติ ไม่อนุมัติรับเป็นสมาชิก.....

ลงชื่อ.....นายกสมาคมสสอ.
(.....)

จ่ายเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าวันที่..... ที่ประชุมมีมติรับเป็นสมาชิก วันที่.....
มีสิทธิ์รับเงินสงเคราะห์ (ครบ 90 วัน)วันที่.....

หลักฐานการสมัคร

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐของผู้สมัคร

2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร

3. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลไม่เกิน 30 วัน

การชำระเงินครั้งแรกเป็นเงินสด ค่าสมัคร 100 บาท + บำรุงสมาคมปีละ 20 บาท + สงเคราะห์ล่วงหน้า 500 บาทรวม 620 บาท

หลังจากนั้นสมาคมฯจะหักผ่านบัญชีเงินเดือนสพละ 50 บาท เก็บตามจำนวนสมาชิกที่เสียชีวิต

แบบระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว สสอ.

ถ้าสมาคมฯจ่ายเงินสงเคราะห์ศพตามข้อบังคับของสมาคมฯ ข้าพเจ้าขอให้สมาคมฯ จ่ายเงินให้แก่ผู้รับผลประโยชน์ดังนี้

- 1.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....ข้าพเจ้า
- 2.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....ข้าพเจ้า
- 3.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....ข้าพเจ้า
- 4.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....ข้าพเจ้า
- 5.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....ข้าพเจ้า
- 6.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....ข้าพเจ้า

ลงชื่อสมาชิก สสอ.
(.....)

ลงชื่อพยาน
(.....)

ลงชื่อพยาน
(.....)

ข้อบังคับ สมาคม สสอ. หมวด 7 ข้อ 23

เมื่อสมาชิกผู้ใดถึงแก่ความตาย ให้บุคคลที่ระบุตามข้อ 13 มีสิทธิได้รับเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ครอบครัว ซึ่งต้องเป็นบุคคลตาม (1) (2) (3)(4) (5) (6)ดังนี้

- (1) สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา
- (2) พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน
- (3) พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน
- (4) ปู่ ย่า ตา ยาย
- (5) ลูก ป้า น้า อา
- (6) ผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือผู้อยู่ในอุปการะ

ถ้าหากมีเงินเหลือจากการจัดการศพ ให้จ่ายแก่บุคคลใน (1)-(6) ตามลำดับก่อนหลัง โดยผู้อยู่ลำดับก่อนย่อมตัดสิทธิผู้อยู่ลำดับหลัง แต่ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้ได้รับเงินในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ ให้ตกเป็นของแผ่นดิน



ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ (1).....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ หรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำ.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว.....

สถานที่อยู่.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

แล้วเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ขอรับรองว่า

นาย / นาง / นางสาวไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติ

หน้าที่ได้ และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

- (1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (2) วัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏที่รังเกียจแก่สังคม
- (4) โรคพิษสุราเรื้อรัง
- (5) โรคจิตต่างๆ
- (6) โรคคุดทะราดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ
- (7) กามโรคในระยะที่มีฝิ่นหรือแผลตามผิวหนัง

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ (2).....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(.....)

หมายเหตุ

- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากราชการ
- (3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ 1 เดือนนับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย