



ใบสมัครเป็นสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูพะเยา จำกัด (สสอ.)

เลขที่ทะเบียนสมาคม (สสอ.) ประเภท ☐ สามัญ ☐ สมทบ

เขียนที่สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ สสอ.ครูพะเยา จำกัด
วันที่.....

ข้าพเจ้า..... เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... อายุ..... ปี
สมาชิกสหกรณ์เลขที่.....สังกัดหน่วย/โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ข้าพเจ้ามีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
(กรณีสมทบ) สมาชิกหลัก คือ.....สังกัดหน่วย/โรงเรียน.....
ความสัมพันธ์เป็น.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูพะเยา จำกัด ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อบังคับ
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูพะเยา จำกัด แล้วมีความเต็มใจและยินยอมที่จะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบและ
คำสั่งสมาคมทุกประการไม่ว่าข้อบังคับ ระเบียบ คำสั่งนั้นๆ จะออกก่อนหรือหลังการสมัครของข้าพเจ้าหรือมีการแก้ไขประการใดก็ดี
ถ้าข้าพเจ้าฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบและคำสั่งของสมาคมยินยอมรับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียวโดยไม่ใช้สิทธิโต้แย้งต่อสมาคมอย่างใด
โดยสิ้นเชิง หากสมาชิกหลักลาออกจากสมาชิกสมาคม ยินยอมให้คณะกรรมการตัดสินสิทธิ์สมาชิกสมทบ (ถ้ามี) ออกด้วย สำหรับดอกเบี้ยเงิน
ฝากจากเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าข้าพเจ้าขอบริจาคให้สมาคม

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

เสนอคณะกรรมการ

ข้าพเจ้าได้พิจารณาใบสมัครของ.....เห็นควรมีคุณสมบัติ

☐ ถูกต้อง เห็นสมควรอนุมัติเป็นสมาชิกได้ ☐ ไม่ถูกต้องไม่สมควรอนุมัติเป็นสมาชิกสาเหตุ.....

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

มติคณะกรรมการ ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติรับเป็นสมาชิก.....

ลงชื่อ.....นายกสมาคม สสอ.
(.....)

จ่ายเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าวันที่..... ที่ประชุมมีมติรับเป็นสมาชิก วันที่.....
มีสิทธิ์รับเงินสงเคราะห์ (ครบ 180 วัน)วันที่.....

หลักฐานการสมัคร

1. สำเนาบัตรประชาชนของผู้สมัคร
2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร
3. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์
4. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลไม่เกิน 30 วัน
5. กรณีสมทบ (คู่สมรส (สำเนาทะเบียนสมรส), บุตร, บิดา, มารดา,) จะต้องมีเอกสารสมาชิกหลัก

การชำระเงินครั้งแรกเป็นเงินสด ค่าสมัคร 100 บาท + บำรุงสมาคมปีละ 30 บาท + สงเคราะห์ล่วงหน้า 500 บาท **รวม 630 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

ลงชื่อ ผู้สมัครสมาชิก สสอ.
(.....)

ลงชื่อ สมาชิกหลัก
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

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



เขียนที่.....

วันที่.....

แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

ข้าพเจ้า..... อายุ ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....

สมาชิกสหกรณ์..... เลขที่สมาชิกสหกรณ์

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ได้ทำการสมัครสมาชิก สสอ. รอบสมัครเดือน.....

และขอใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาล

ขอเรียนว่าข้าพเจ้า มีประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

	ไม่มี	มี	
1. โรคมะเร็ง	☐	☐	ระบุ
2. โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด	☐	☐	ระบุ
3. โรควัน โรคในระยะอันตราย	☐	☐	ระบุ
4. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง	☐	☐	ระบุ
5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (SLE)	☐	☐	ระบุ
6. โรคไตวายเรื้อรัง (ล้างไต)	☐	☐	ระบุ
7. โรคปอดเรื้อรัง	☐	☐	ระบุ
8. โรคตับแข็ง	☐	☐	ระบุ
9. โรคร้ายแรงอื่นๆ ตามที่แพทย์ระบุ.....			

เรียน นายกสมาคมประกันชีวิตไทยสหกรณ์ออมทรัพย์ครูพะเยา จำกัด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าละวันที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรค ถือว่าการสมัครเป็นสมาชิกเป็นโมฆะ ให้ สสอ. ตัดสิทธิจากการเป็นสมาชิก ตามข้อบังคับสมาคม พ.ศ. 2568 ข้อ 9 (3) ได้ทันที และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิและสิทธิใดๆ และขอสละสิทธิในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้งข้าพเจ้าไม่คิดใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจาก สสอ. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคมทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าโดยมอบให้ สสอ. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ (ผู้สมัครสมาชิก สสอ.)

ตัวบรรจง(.....)

ลงชื่อ พยาน

ตัวบรรจง(.....)

ลงชื่อ พยาน (เจ้าหน้าที่ / กรรมการ)

ตัวบรรจง(.....)

หมายเหตุ : เสียชีวิตภายในระยะเวลา 1 ปี สาเหตุการตาย “ติดเชื้อในกระแสเลือด” ต้องไม่มีประวัติ 1 – 9 โรค ตามที่สมาคมกำหนด