

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

ใบสมัครรอบพิเศษอายุ 58 – 60 ปี

สสอร.1

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล(ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง (สถานพยาบาลของรัฐ) มีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
7. กรณีสมาชิกสมัครตรง ต้องมีใบเสร็จรับเงินงวดสุดท้าย หรือใบรับรองของสหกรณ์ต้นสังกัด



เลขประจำตัวสมาชิก สสอร.

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ (รอบพิเศษ)

สมาคมพนักงานสังคมสงเคราะห์สมาชิกรวมใจของสหกรณ์ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทย (สสอร.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. คู่สมรสชื่อ.....

(1) สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขที่.....

สมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขที่.....

อื่นๆ (ระบุ).....

(2) ดำรงตำแหน่ง.....หรือปฏิบัติหน้าที่.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์(ที่ทำงาน).....

(3) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

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

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

(4) สถานที่ติดต่อ/ส่งเอกสาร

(4.1) เหมือนข้อ (3)

(4.2) บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....

(5) หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตายขอมอบให้.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....

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

จังหวัด.....โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้าเป็นผู้จัดการศพ

(6) การชำระเงิน

(6.1) การชำระเงินครั้งแรก

ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 20.- บาท ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 20.- บาท

เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า เป็นเงิน 4,500.- บาท รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน 4,540.- บาท

(6.2) วิธีการชำระเงิน

- ชำระที่ศูนย์ประสานงาน
- โอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี 986-8-06727-8

(7) การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินและชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ดังนี้

- ชำระที่ศูนย์ประสานงาน
- หักจากเงินปันผลเฉลี่ยคืน
- โอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี 986-8-06727-8

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์ รัฐวิสาหกิจไทย แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร
(.....)



สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคมประจำศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสอ.ตามข้อบังคับข้อ 10 ของสมาคมฯ และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ และระเบียบสมาคมออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจของสหกรณ์ออมทรัพย์ รัฐวิสาหกิจไทย ประกาศ สสอ. เรื่องรับสมัครสมาชิก สสอ. หรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

- เสนอ เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สสอ.
- ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงานหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

ความเห็นคณะกรรมการสมาคม สสอ.

- อนุมัติเข้ารับเป็นสมาชิก สสอ. ตั้งแต่วันที่.....
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ

1. นายกสมาคม สสอ.
2. กรรมการ สสอ. ปฏิบัติหน้าที่แทนนายก สสอ.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



สสอ.2

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วัน..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว.....อายุ.....ปี
ปรากฏว่า

นาย/นาง/นางสาว.....

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ดังนี้

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

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ**
- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - (2) แพทย์สรุปความเห็นว่าเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือเป็นโรคใด ระบุโรค.....
 - (3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
 - (4) กรณีใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบฟอร์ม สสอ. ต้องประทับตราโรงพยาบาลของรัฐให้ชัดเจน หรือใช้ใบรับรองแพทย์ของโรงพยาบาลนั้น ๆ



แบบรายงานสุขภาพตนเอง
สมาคมความปลอดภัยสหประชาชาติสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทย (สสอร.)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขที่สมาชิก.....

ได้สมัครสมาชิก สสอร.รอบการสมัครที่ และได้ขอไปรับรองแพทย์จาก

และขอเรียนว่า ระยะเวลาที่ผ่านมาข้าพเจ้าได้ตรวจหรือไม่ ในโรคต่อไปนี้

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|---|
| 1. โรคหัวใจ | <input type="radio"/> ไม่เคย | <input type="radio"/> เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน พ.ศ..... |
| | | <input type="radio"/> เป็นโรคนี้ <input type="radio"/> ไม่เป็นโรคนี้ |
| 2. โรคหัวใจในระยยะอันตราย | <input type="radio"/> ไม่เคย | <input type="radio"/> เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน พ.ศ. |
| | | <input type="radio"/> เป็นโรคนี้ <input type="radio"/> ไม่เป็นโรคนี้ |
| 3. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | <input type="radio"/> ไม่เคย | <input type="radio"/> เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน พ.ศ. |
| | | <input type="radio"/> เป็นโรคนี้ <input type="radio"/> ไม่เป็นโรคนี้ |
| 4. โรคเมร็งทุกชนิด ทุกระยยะ | <input type="radio"/> ไม่เคย | <input checked="" type="radio"/> เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน พ.ศ. |
| | | <input type="radio"/> เป็นโรคนี้ <input type="radio"/> ไม่เป็นโรคนี้ |
| 5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (โรคเอดส์) | <input type="radio"/> ไม่เคย | <input type="radio"/> เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน พ.ศ. |
| | | <input type="radio"/> เป็นโรคนี้ <input type="radio"/> ไม่เป็นโรคนี้ |
| 6. โรคไตวาย | <input type="radio"/> ไม่เคย | <input type="radio"/> เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน พ.ศ. |
| | | <input type="radio"/> เป็นโรคนี้ <input type="radio"/> ไม่เป็นโรคนี้ |

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่าข้อความตามที่แจ้ง 1- 6 เป็นความจริง หากข้าพเจ้ารู้และ
เว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแถลงข้อความนั้นเป็นเท็จ หรือเสียชีวิตด้วยโรคตามข้อ 1- 6 ภายในเวลา 90 วัน
นับแต่วันที่กรรมการมีมติรับเข้าเป็นสมาชิกข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดสิทธิ์พ้นสมาชิกภาพตามข้อบังคับ สสอร.ข้อ 13
และข้อ 14

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)ตัวบรรจง



หนังสือแสดงเจตนาการให้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัว
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทย (สสอ.)

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

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. สมาชิก สามัญ สมทบ ของสหกรณ์ออมทรัพย์.....
เลขทะเบียนที่.....สังกัดหน่วย.....
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
ทำงานประจำในตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน..... ต่อ.....

(1) สถานภาพ

โสด สมรส คู่สมรสชื่อ.....
 หย่า หม้าย

(2) ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาให้บุคคลดังต่อไปนี้ เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวที่ สสอ. พึงจ่าย

(2.1).....เกี่ยวข้องกับ.....
(2.2).....เกี่ยวข้องกับ.....
(2.3).....เกี่ยวข้องกับ.....

โดยมีเงื่อนไขการรับดังนี้

ได้รับส่วนแบ่งเท่ากันทุกคน
 อื่น ๆ

ถ้าคนใดตายไปก่อนข้าพเจ้า ผู้นั้นเป็นอันหมดสิทธิ และหากมีเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าเหลืออยู่ ก็ให้มอบแก่ผู้มีสิทธิดังกล่าวข้างต้น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(2) ข้าพเจ้าในฐานะสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทย (สสอ.) ยินยอมให้สหกรณ์ต้นสังกัดหักเงินปันผลและหรือเงินเฉลี่ยคืนเป็นค่าบำรุงรายปีหรือสงเคราะห์ศพล่วงหน้า เพื่อจ่ายให้ สสอ. ต่อไป

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม
(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร
(ลงชื่อ).....ผู้จัดการศูนย์ประสานงานฯ
(ลงชื่อ).....กรรมการ สสอ.
(.....)

หมายเหตุ ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องวิธีการจ่ายค่าจัดการศพ หรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัว การใช้จ่ายและการเก็บรักษาเงินของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ วันที่ 27 ธันวาคม 2545 กำหนดให้บุคคลผู้ได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวจะต้องเป็นบุคคลในครอบครัว ดังนี้

1. สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา
2. พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน
3. พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน
4. ปู่ ย่า ตา ยาย
5. ลูก ป้า น้า อา
6. ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู



ใบแสดงความจำนงบริจาคเงินโดยสมัครใจ
ให้สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทย (สสอ.)
เข้ากองทุนเพื่อการพัฒนากิจการและจัดการความเสี่ยง

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ปัจจุบันอายุ..... อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ มือถือ

มีความประสงค์ ขอบริจาคเงินให้สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทย เพื่อ
ใช้ในกองทุนเพื่อการพัฒนากิจการและจัดการความเสี่ยง

- จำนวน 4,500 บาท (สี่พันบาทถ้วน)
 จำนวน 9,000 บาท (เก้าพันบาทถ้วน)
 จำนวน 13,500 บาท (หนึ่งหมื่นสามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

(ลงชื่อ) ผู้สมัคร
(.....)

(ลงชื่อ) พยาน
(.....)

(ลงชื่อ) พยาน
(.....)