โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง
เอกสารประกอบ ☐ 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน ☐ 2. สำเนาทะเบียนบ้าน ☐ 3. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล(ถ้ามี) ☐ 4. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน ☐ 5. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์ ☐ 6. กรณีสมัครประเภทสมทบสหกรณ์ฯ ต้องแนบสำเนาบัตรพนักงานราชการ / ลูกจ้างชั่วคราว ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พร้อมรับรองสำเนา ☐ 7. กรณีสมาชิกสมัครตรง ต้องมีใบเสร็จรับเงินงวดสุดท้ายหรือใบรับรองของสหกรณ์ต้นสังกัด

สสธท. 1

ใบเสร็จรับเงิน สสธท. เล่มที่ .....

เลขที่ .....

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสมทบ

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสธท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

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

(1) ☐ สมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขสมาชิกสหกรณ์.....

☐ พนักงานราชการ ☐ พกส. ☐ ลูกจ้างชั่วคราว ☐ เจ้าหน้าที่ สสธท./กสธท. ☐ กรรมการ / ผู้ตรวจสอบฯ / เจ้าหน้าที่ ชสอ.

☐ บุตรของสมาชิก สสธท.

ชื่อ – สกุล .....เลขสมาชิก สอ. .....เลขฌาปนกิจ.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....

ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....

(3) สถานที่อยู่ (ในการจัดส่งเอกสาร)

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

ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....

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

(4) การชำระเงิน ดังนี้

4.1 การชำระเงินครั้งแรก

☐ ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 20 บาท

☐ ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 20 บาท

☐ เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า.....4,500... บาท

รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน.....4,540....บาท (สี่พันห้าร้อยสี่สิบบาทถ้วน)

4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ดังนี้

☐ ชำระเป็นเงินสดที่สมาคมหรือศูนย์ประสานงานสมาคม

☐ ชำระเงินเข้าบัญชีสมาคม ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาบ้านแอนด์บียอน ราชพฤกษ์ ชื่อบัญชี สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ประเภทกระแสรายวัน (Bill Payment Pay- In Slip) เลขที่บัญชี 468-0-39888-5

☐ ชำระจากเงินปันผล เฉลี่ยคืน จากสหกรณ์ต้นสังกัด

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

คำรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก

ผู้รับรองต้องเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ทะเบียนเลขประจำตัว.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่าผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว.....มีคุณสมบัติตามข้อบังคับ ข้อ 10. ของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทยทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

วันที่...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคมประจำศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสธท. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ และระเบียบสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ประกาศ สสธท. เรื่องการรับสมัครสมาชิก สสธท. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

เสนอ ○ เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สสธท.

○ ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

ความเห็นสำหรับคณะกรรมการสมาคม สสธท.

คำสั่ง ○ อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสธท. ตั้งแต่วันที่.....

ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสมาคม ครั้งที่ ...../ 25.....เมื่อวันที่.....

○ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

○ นายกสมาคม สสธท.

○ กรรมการ สสธท. ปฏิบัติการแทนนายกสมาคม สสธท.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ตราประทับ
สถานพยาบาล
ของรัฐ

สสธท. 2

ใบรับรองแพทย์

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก สสธท.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ข้าพเจ้ามีประวัติสุขภาพ ดังนี้

โรคตามข้อ (3.1) – (3.9) 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 มีรายละเอียดดังนี้

☐ **(1) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้**

☐ **(2) ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ**

(3) <u>ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้ ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้</u>

(3.1) โรคมะเร็ง	☐ไม่มี ☐มี (ระบุ).....
(3.2) โรคหัวใจ	☐ไม่มี ☐มี (ระบุ).....
(3.3) โรควัณโรค	☐ไม่มี ☐มี (ระบุ).....
(3.4) โรคปอดเรื้อรัง	☐ไม่มี ☐มี (ระบุ).....
(3.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง	☐ไม่มี ☐มี (ระบุ).....
(3.6) ภาวะไตวาย(ล้างไต)	☐ไม่มี ☐มี (ระบุ).....
(3.7) โรคเอดส์	☐ไม่มี ☐มี (ระบุ).....
(3.8) โรคตับแข็ง	☐ไม่มี ☐มี (ระบุ).....
(3.9) โรคเอสแอลอี (SLE)	☐ไม่มี ☐มี (ระบุ).....

(4) โรคร้ายแรงอื่น ๆ (ระบุ).....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) <u>หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (3) หรือตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย สมาคมฯ จะไม่รับเป็นสมาชิก</u>

(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สสธท. เริ่มใช้ตั้งแต่**<u>วันที่ 1 กันยายน 2563</u>** เป็นต้นไป

ถ้อยแถลงและให้การยินยอมของผู้สมัครสมาชิก สสธท.

สสธท. 2

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สสธท. ดังนี้

☐ **1. มีสุขภาพแข็งแรง**

☐ **2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้**

☐ **3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ**

4.<u>ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้</u>

(4.1) โรคมะเร็ง ☐**ไม่มี** ☐**มี** (ระบุ).....

(4.2) โรคหัวใจ ☐**ไม่มี** ☐**มี** (ระบุ).....

(4.3) โรควัณโรค ☐**ไม่มี** ☐**มี** (ระบุ).....

(4.4) โรคปอดเรื้อรัง ☐**ไม่มี** ☐**มี** (ระบุ).....

(4.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง ☐**ไม่มี** ☐**มี** (ระบุ).....

(4.6) ภาวะไตวาย(ล้างไต) ☐**ไม่มี** ☐**มี** (ระบุ).....

(4.7) โรคเอดส์ ☐**ไม่มี** ☐**มี** (ระบุ).....

(4.8) โรคตับแข็ง ☐**ไม่มี** ☐**มี** (ระบุ).....

(4.9) โรคเอสแอลอี (SLE) ☐**ไม่มี** ☐**มี** (ระบุ).....

5. โรคร้ายแรงอื่น ๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ **<u>หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้วให้สสธท.ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิก สสธท. ตามข้อบังคับสมาคม พ.ศ. 2563 ข้อ 15(4)ได้ทันที และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใด ๆ และขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้ง ข้าพเจ้าไม่ติดใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจาก สสธท. ทั้งสิ้น</u>** โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคมทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ สสธท. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....

(.....)

(ผู้สมัครสมาชิก สสธท.)

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์

หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย เลขทะเบียนที่.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....มือถือ.....

1. สถานภาพ

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

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สสธท. 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 ☐ ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว ☐ ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆกัน
☐ อื่นๆระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม
(.....)
ผู้สมัครสมาชิก สสธท.

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ สสธท.
(.....)

สสธท.9

หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสงเคราะห์

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสธท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน

เลขที่ ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่

.....ซอย.....ถนน.....ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....

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

ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์ออมทรัพย์.....

จำกัด...หรือ.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน

เลขที่ ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่

.....ซอย.....ถนน.....ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....

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

เป็นผู้ ( ) รับเงินค่าจัดการศพ ( ) รับเงินสงเคราะห์ ( ) อื่นๆ ที่พึงได้รับ

แทนข้าพเจ้าเพื่อนำเงินดังกล่าวชำระหนี้ของ.....ที่มีต่อ

สหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด จนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ) .....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

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

(.....) (.....)

บัตรปชช.เลขที่..... บัตรปชช.เลขที่.....

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

(.....) (.....)

บัตรปชช.เลขที่..... บัตรปชช.เลขที่.....

(ลงชื่อ) .....ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจ

(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจจริงและได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

(ลงชื่อ) .....พยาน (ลงชื่อ) .....พยาน

(.....) (.....)

-ตัวอย่าง-

หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสงเคราะห์

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสธท.)

เขียนที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครราชสีมา จำกัด

วันที่ 1 เดือน 1 พ.ศ 1

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า *ทายาทคนที่ 1 ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน

เลขที่ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....

ซอย.....ถนน.....ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....

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

ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์ออมทรัพย์ สาธารณสุขนครราชสีมา

จำกัด...หรือ *ไม่ต้องกรอก ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน

เลขที่ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....

ซอย.....ถนน.....ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....

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

เป็นผู้ ( ) รับเงินค่าจัดการศพ ( ) รับเงินสงเคราะห์ (/) อื่นๆ ที่พึงได้รับ

แทนข้าพเจ้าเพื่อนำเงินดังกล่าวชำระหนี้ของ *ชื่อผู้สมัคร ที่มีต่อ

สหกรณ์ออมทรัพย์ สาธารณสุขนครราชสีมา จำกัด จนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

*ลงชื่อทายาทตามข้อ 2.1

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

*ลงชื่อทายาทตามข้อ.2.2

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

บัตรปชช.เลขที่.....

*ลงชื่อทายาทตามข้อ 2.3

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

บัตรปชช.เลขที่.....

*ลงชื่อทายาทตามข้อ 2.4

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

บัตรปชช.เลขที่.....

*ลงชื่อทายาทตามข้อ 2.5

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

บัตรปชช.เลขที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจ

(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจจริงและได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

*ลงชื่อพยาน

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

*ลงชื่อพยาน

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หมายเหตุ

- ถ้ากรณีเป็นเด็กยังไม่บรรลุนิติภาวะ บิดา/มารดา โดยชอบธรรมเซ็นแทนได้ ลงชื่อเป็นชื่อผู้ปกครอง แต่ต้องวงเล็บไว้ด้วยว่า (แทน) ด.ช./ด.ญ.....อะไร
- ถ้ามีหลายคนให้ผู้ยินยอมหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ เซ็นผู้ยินยอมและมอบอำนาจ ตามข้อ 2.1-2.5
- ส่วนการกรอกข้อความข้างบน *วรรคแรก โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....* ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ คนที่ 1 เป็นผู้กรอกข้อความข้างต้น

หมายเหตุ วิธีกรอกใบสมัครและเตรียมหลักฐาน ให้ถูกต้อง

* ห้ามใช้น้ำยาลบคำผิด ถ้าผิดให้ขีดเส้นตัดข้อความในเอกสารออกและลงลายมือชื่อกำกับเพื่อแก้ไขเพิ่มเติมหรือยกเลิกข้อความนั้น

***แจ้งสมาชิกวิธีกรอกใบสมัครแผ่นที่ 2**

- ผู้รับรองผู้สมัครสมาชิก สสธท.ใหม่ ต้องเป็นสมาชิก สสธท. เท่านั้น
  และมีทะเบียนเลขประจำตัว สสธท. ผ่านการคุ้มครองแล้ว เช่น 0155 -.....

*** แจ้งสมาชิกวิธีกรอกใบสมัครแผ่นที่ 4 (สสธท.3)**

- วิธีกรอกข้อ 2 ผู้จัดการศพ ให้ 10% - และให้ผู้รับเงินสงเคราะห์ 90% ตามข้อ 2.1 – 2.5
  และผู้จัดการศพอาจจะเป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ซ้ำด้วยก็ได้ ***รวม2ส่วนได้ 100%
- ลายเซ็นพยานจัดหาเซ็นมาเลยคะ

***กรณีใบสมัครประเภทสามัญและสมทบ รอบปกติ**

- สามัญและคู่สมรส รับอายุไม่เกิน 54 ปี บริบูรณ์ในวันสมัคร
- หรือบุตรของสมาชิก สสธท. รับอายุ 20 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ในวันสมัคร
- ข้อ 1 ให้ติกถูกในช่อง ☑ คู่สมรส/บุตรของสมาชิก สสธท. ให้วงกลมหรือขีดเส้นประเภท
  เลขทะเบียนสหกรณ์ (และวงเล็บเลขทะเบียน สสธท.ไว้) แต่ถ้าไม่ทราบให้เว้นไว้คะ
- ข้อ 2 ตำแหน่ง เป็นตำแหน่งของผู้สมัครประเภทสมทบ
- ข้อ 4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ติก หักเงินปันผลได้ ทั้งประเภทสามัญและสมทบ

***หลักฐานที่แนบสมัคร**

- ...บรองแพทย์ ตามแบบฟอร์มของ สสธท. เท่านั้น โดยแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐออกให้
  (ระบุที่ออกเป็นสถานพยาบาลของรัฐ) ประกอบการสมัครทุกกรณี ไม่เกิน 30 วันในวันสมัคร
  พร้อมประทับตราสถานพยาบาลของรัฐ

ลำดับการเรียงเอกสาร

-สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและหรือสำเนาบัตรข้าราชการ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร รับรองสำเนาถูกต้อง

-สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้จัดการศพ และผู้รับผลประโยชน์ รับรองสำเนาถูกต้อง

-สำเนาอื่นๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล ทะเบียนสมรส **กรณีสมัครประเภทสมทบคู่สมรสต้องมีทะเบียนสมรส**

-เงินค่าสมัคร ค่าบำรุง และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า **รวมเงิน 4,540 บาท**

***ขอความกรุณา และขอแนะนำสมาชิกทุกท่าน**

*** รับสมัคร วันที่ 1-25 ของทุกเดือน (ในวันทำการ) ผู้สมัครรอบนี้ มีผลคุ้มครอง ดังนี้**

1. มีผลคุ้มครองด้วยอุบัติเหตุวันที่ 1 ของเดือนถัดไป 2. มีผลคุ้มครองทุกกรณี 1 ปี นับจากวันที่คณะกรรมการมีมติรับ

3. มีผลคุ้มครองโรคมะเร็งทุกชนิด วันที่ 1 ของเดือนที่ครบ 2 ปี นับจากวันที่คณะกรรมการมีมติรับ

* กรุณากรอกใบสมัครให้เรียบร้อยทุกบรรทัด หลักฐานต่างๆ ให้ครบถ้วน เพราะจะได้ไม่เสียเวลาในการสมัคร
* ในอาทิตย์สุดท้ายหรือวันสุดท้ายรอบสมัครสมาชิกจะมาก ถ้าท่านใดสะดวกมาสมัครก่อนให้มาสมัครได้

โปรดเตรียมเอกสารให้เรียบร้อย มาสมัครในวันทำการ ตั้งแต่เวลา 08.30 น. – ก่อน 14.30 น.

เพราะต้องออกใบเสร็จ และรวบรวมส่งเงิน ก่อนเวลา 15.00 น. ***ยื่นใบสมัครด้วยตนเองเท่านั้น**

- **ทั้งประเภทสามัญและประเภทสมทบ** ติดต่อสอบถามได้ที่ 044-341-441-3 ต่อ 111 ขอบพระคุณค่ะ
- **การเรียกเก็บรายปี สมาคมฯ จะตัดยอดทุกวันที่ 31 ตุลาคม ของทุกปี สมาชิกจะต้องชำระรายปี เดือน พ.ย. ของทุกปี**