

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง
เอกสารประกอบ
1. สำเนาบัตรเจ้าหน้าที่รัฐหรือบัตรประจำตัวประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐมีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. แบบคำร้องสุขภาพตนเอง
7. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์



สสอ.ค.1

## ใบสมัครสมาชิกประเภทสามัญ

### สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอ.ค.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี  
 เลขที่ประจำตัวประชาชน                
 เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... คู่สมรสชื่อ.....

- (1) ดำรงตำแหน่ง หรือปฏิบัติหน้าที่..... และเป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขที่สมาชิก.....
- (2) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)  
 บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล(แขวง).....  
 อำเภอ (เขต).....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
 โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....
- (3) สถานที่ปฏิบัติงาน/ชื่อหน่วยงาน.....อำเภอ (เขต).....  
 จังหวัด..... โทรศัพท์ (ที่ทำงาน)..... E-mail.....
- (4) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก จำนวน.....บาท และครั้งต่อไปชำระดังนี้  
 ชำระเป็นเงินสดทุกปี  หักชำระจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ของสมาชิก  
 หักชำระจากเงินปันผล,เฉลี่ยคืน  หักชำระจากการเพิ่มเงินกู้ให้สมาชิก

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกและยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขที่.....

<p style="text-align: center;"><b>สำหรับศูนย์ประสานงาน</b></p> <p>ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัคร</p> <p>( ) เป็นผู้มีความสมบัติถูกต้องครบถ้วน</p> <p>( ) ได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน</p> <p>( ) ชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าแล้ว</p> <p>( ) ครอบงุมัติรับเป็นสมาชิก</p> <p>ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่</p> <p>(.....)</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้จัดการ</p> <p>(.....)</p> <p>ลงชื่อ.....เลขานุการ/กรรมการ/ประธานฯ</p> <p>(.....)</p>	<p style="text-align: center;"><b>สำหรับสมาคม</b></p> <p>( ) ครอบงุมัติรับเป็นสมาชิก</p> <p>( ) อื่น ๆ (ระบุ).....</p> <p>ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่</p> <p>(.....)</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้จัดการ/เลขานุการ</p> <p>(.....)</p> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>การอนุมัติ</b></p> <p>( ) อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสอ.ค. เมื่อวันที่.....</p> <p>( ) ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....</p> <p>ลงชื่อ.....นายก/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย</p> <p>(.....)</p>
---	--





หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์  
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนมุสลิมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอ.ค.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขสมาชิกสหกรณ์.....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....

ทำงานประจำในตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....

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

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... ต่อ.....

1. สถานภาพ

โสด  สมรส คู่สมรสชื่อ.....  หย่า หรือ หม้าย

2. กรณีข้าพเจ้า มีภาระหนี้คงค้างอยู่กับสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด ข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์  
ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อน



3. เงินที่เหลือจาก ข้อ 2 ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาจ่ายเงินสงเคราะห์ที่พึงจ่ายให้กับบุคคล ดังต่อไปนี้

3.1.....เกี่ยวข้องเป็น..... เบอร์โทรศัพท์.....	3.4.....เกี่ยวข้องเป็น..... เบอร์โทรศัพท์.....
3.2.....เกี่ยวข้องเป็น..... เบอร์โทรศัพท์.....	3.5.....เกี่ยวข้องเป็น..... เบอร์โทรศัพท์.....
3.3.....เกี่ยวข้องเป็น..... เบอร์โทรศัพท์.....	3.6.....เกี่ยวข้องเป็น..... เบอร์โทรศัพท์.....

โดยมอบให้ผู้รับเงินสงเคราะห์ลำดับที่.....(นาย/นาง/นางสาว.....  
เลขที่บัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....) เป็นผู้จัดการศพ

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือ  
กระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(ลงชื่อ).....พยาน

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ สสอ.ค.

(ลงชื่อ).....ผู้มีอำนาจลงนาม สสอ.ค.

**ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้**

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคล(ตามข้อบังคับ ฯ หมวด 7 ข้อ 25 และประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมฯ วิธีการจ่ายค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ ข้อ 3) ดังต่อไปนี้

- 1.1 สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา
- 1.2 พี่น้องร่วมบิดา มารดาเดียวกัน
- 1.3 พี่น้องร่วมบิดา หรือมารดาเดียวกัน
- 1.4 ปู่ ย่า ตา ยาย
- 1.5 ลุง ป้า น้า อา
- 1.6 ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู

ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯจ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 1. ตามลำดับก่อนหลัง โดยผู้อยู่ลำดับก่อนยอมตัดสิทธิผู้อยู่ลำดับหลัง แต่ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯแบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ตามหนังสือยินยอมตามข้อ 3 ทุกคน ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อนโดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

2.1.....เกี่ยวข้องเป็น..... (ลงชื่อ).....	2.4.....เกี่ยวข้องเป็น..... (ลงชื่อ).....
2.2.....เกี่ยวข้องเป็น..... (ลงชื่อ).....	2.5.....เกี่ยวข้องเป็น..... (ลงชื่อ).....
2.3.....เกี่ยวข้องเป็น..... (ลงชื่อ).....	2.6.....เกี่ยวข้องเป็น..... (ลงชื่อ).....



## แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....  
สมาชิกสหกรณ์..... เลขที่สมาชิกสหกรณ์.....  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ได้ทำการสมัครสมาชิก สสอ. รอบสมัครเดือน.....  
และขอใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาล.....  
ขอเรียนว่าข้าพเจ้า มีประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

	ไม่มี	มี	
1. โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
2. โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
3. โรควิณโรค	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
4. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
6. โรคไตวาย(ล้างไต)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
7. โรคปอดเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
8. โรคตับแข็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
9. โรคร้ายแรงอื่น ๆ ตามที่แพทย์ระบุ.....			

เรียน นายกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย(สสอ.)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรค ถือว่าการสมัครเป็นสมาชิกเป็นโมฆะ ให้ สสอ. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิกตามข้อบังคับสมาคม พ.ศ. 2562 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2567 ข้อ 13(1) ได้ทันที และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใดๆ และขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้งข้าพเจ้าไม่ตั้งใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจาก สสอ. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคมทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าโดยมอบให้ สสอ. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ..... (ผู้สมัครสมาชิก สสอ.)

ตัวบรรจง(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

ตัวบรรจง(.....)

ลงชื่อ..... พยาน (เจ้าหน้าที่/กรรมการศูนย์ประสานงาน)

ตัวบรรจง(.....)

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





**สนับสนุนเงินกองทุนเพื่อความมั่นคงและสวัสดิการสมาชิก  
ของสมาคมผู้ประกอบการสมาชิกชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอศ.)**

ตามที่ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... อายุ.....ปี  
ได้สมัครเป็นสมาชิกของสมาคมผู้ประกอบการสมาชิกชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย(สสอศ.) กรณีพิเศษ

ข้าพเจ้าขอสนับสนุนเงินให้กับกองทุนเพื่อความมั่นคงและสวัสดิการสมาชิก ของสมาคม  
ผู้ประกอบการสมาชิกชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอศ.) จำนวน.....บาท  
(.....)

โดยให้นำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ว่าด้วยเงินกองทุนเพื่อความมั่นคงและสวัสดิการ  
สมาชิก กำหนดไว้และไม่เรียกร้องดอกเบี้ยหรือเงินคืน จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....สมาชิก  
( ..... )

ลงชื่อ..... พยาน  
( ..... )

ลงชื่อ..... พยาน  
( ..... )







# ภาพถ่ายสมาชิก ณ วันยื่นเอกสารสมัครสมาชิกสมาคม

วันที่ยื่นเอกสาร .....

ชื่อ-นามสกุล ..... เลขสมาชิก สอฟ.....

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

รับทราบ รับสิทธิตามข้อบังคับ ตั้งแต่ .....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยื่นเอกสาร

วันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

วันที่.....





สหกรณ์ออมทรัพย์สหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจการไฟฟ้านครหลวง จำกัด

## หนังสือแสดงความยินยอม (Consent Form)

ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

สำหรับขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ ของศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกเลขที่.....

ในฐานะสมาชิกหรือผู้ใช้บริการจากสหกรณ์  “ให้” ความยินยอม  “ไม่ให้” ความยินยอม

ในการให้สหกรณ์ออมทรัพย์สหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจการไฟฟ้านครหลวง จำกัด จัดเก็บรวบรวม เปิดเผย หรือใช้ ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ได้แก่ข้อมูลเกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนบุคคล ชื่อ-นามสกุล, เลขบัตรประชาชน, เลขสมาชิก, ข้อมูลการติดต่อ, ที่อยู่ และข้อมูลตามเอกสาร หลักฐาน ประกอบอื่น ที่กำหนดไว้ใน แบบรับสมัครสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ ของศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์สหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจการไฟฟ้านครหลวง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ใช้ในการ ประกอบการพิจารณาการรับสมัครสมาชิกของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ฯ

ทั้งนี้ ก่อนการแสดงเจตนา ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดจากประกาศ นโยบายความเป็นส่วนตัว เอกสารชี้แจงข้อมูล หรือได้รับคำอธิบายจากเจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ ถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้หรือเปิดเผย (“ประมวลผล”) ข้อมูลส่วนบุคคล และมีความเข้าใจดีแล้ว

ข้าพเจ้าให้ความยินยอมหรือปฏิเสธไม่ให้ความยินยอมในเอกสารนี้ด้วยความสมัครใจ ปราศจากการบังคับหรือชักจูง และข้าพเจ้าทราบว่าข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอมนี้เสียเมื่อใดก็ได้เว้นแต่ในกรณีมีข้อจำกัดสิทธิตามกฎหมายหรือยังมี สัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับสหกรณ์ออมทรัพย์สหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจการไฟฟ้านครหลวง จำกัด ที่ให้ประโยชน์แก่ ข้าพเจ้าอยู่

กรณีที่ข้าพเจ้าประสงค์จะขอถอนความยินยอม ข้าพเจ้าทราบว่า การถอนความยินยอมจะมีผลทำให้ ข้าพเจ้าอาจ ได้รับความสะดวกในการใช้บริการน้อยลง อันเนื่องมาจากข้อจำกัดที่เกิดจาก ไม่ให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม เปิดเผย หรือใช้ข้อมูล และข้าพเจ้าทราบว่า การถอนความยินยอมดังกล่าว ไม่มีผลกระทบต่อ การประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้วก่อนการถอนความยินยอม

ลงชื่อ.....

(.....)