

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริงจากสถานพยาบาลของรัฐ
6. ใบรับรองสุขภาพตนเอง
7. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์ทุกคน



เลขประจำตัวสมาชิก ส.ร.ท.ร.....

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสมทบ

สมาคมประกันสังคมแห่งประเทศไทย สหกรณ์ รพช. (ท้องถิ่นร้อยเอ็ด) ส.ร.ท.ร.

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(1) เป็นคู่สมรสของ นาย/นาง/นางสาว..... สมาชิก สอ.รพช.รอ เลขที่.....
(แนบสำเนาใบทะเบียนสมรส)

เป็นบิดา/มารดา/บุตร ของนาย/นาง/นางสาว..... สมาชิก สอ.รพช.รอ เลขที่.....

(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 100.- บาท

ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 50.- บาท

เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า เป็นเงิน 2,000.- บาท

รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน 2,150.- บาท

(6.2) วิธีการชำระเงิน

- ชำระที่ศูนย์ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ รพช. (ท้องถิ่นร้อยเอ็ด) ส.ร.ท.ร.
- โอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชีและส่งสำเนาให้สมาคม

(7) การชำระเงินครั้งต่อไปเพื่อสมาชิกภาพ ข้าพเจ้าจะชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ดังนี้

- ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ รพช. ร้อยเอ็ด จำกัด หักจากเงินปันผล/เงินเฉลี่ยคืนตามจำนวนที่สมาคมเรียกเก็บ

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ รพช.(ท้องถิ่นร้อยเอ็ด) ส.ร.ท.ร. แล้วมีความประสงค์เป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขต่างๆ ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

สมาชิก สอ.รพช.รอ. จำกัด เลขที่.....

- หมายเหตุ :**
- 1) โปรดเขียนใบสมัครด้วยลายมือตนเองเพื่อป้องกันการแก้ไขเปลี่ยนแปลงโดยท่านไม่ทราบ
 - 2) ข้อความใดที่มีการขีด ลบ ชัดฆ่า ขอให้ลงชื่อกำกับ
 - 3) สมาชิกสามัญ /สถานที่สมัคร
 - คู่สมรส บิดา มารดา ของสมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ รพช. ร้อยเอ็ด จำกัด
 - สมัครด้วยตนเองที่สมาคม
 - 4) ผู้สมัครต้องกรอกแบบฟอร์มใบรับรองสุขภาพตนเอง
 - 5) ผู้สมัครต้องมีใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลที่ไปรับการตรวจที่มีอายุไม่เกิน 30 วัน



สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก ส.ร.ท.ร. ตามข้อบังคับข้อ 9.1 ของสมาคมฯ และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า และอื่นๆ ตามข้อบังคับและระเบียบ สมาคมวิศวกรที่สมคม สหกรณ์ รพช. (ห้องถิ่นร้อยเอ็ด) ส.ร.ท.ร. ประกาศ ส.ร.ท.ร. เรื่องรับสมาชิก ส.ร.ท.ร. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

- เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก ส.ร.ท.ร.
- ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

ความเห็นคณะกรรมการสมาคม ส.ร.ท.ร.

- อนุมัติเข้ารับเป็นสมาชิก ส.ร.ท.ร. ตั้งแต่วันที่.....ตามมติคณะกรรมการครั้งที่...../.....
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ

1. นายกสมาคม ส.ร.ท.ร.

2. กรรมการ ส.ร.ท.ร. ปฏิบัติหน้าที่แทนนายก ส.ร.ท.ร.

ใบรับรองแพทย์

ใช้แบบฟอร์มของโรงพยาบาลรัฐบาลที่ผู้สมัครไปรับการตรวจเท่านั้น

- หมายเหตุ :
- 1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - 2) แพทย์สรุปความเห็นว่าเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือเป็นโรคใด ระบุโรค.....
 - 3) ใบรับรองแพทย์ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
 - 4) ประทับตราโรงพยาบาลของรัฐที่แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกายสังกัดให้ชัดเจน



เรื่อง หนังสือรับรองสุขภาพตนเอง

เรียน นายกสมาคมณาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ รพช. (ท้องถิ่นร้อยเอ็ด) ส.ร.ท.ร.

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

โทร..... เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด

เลขที่สมาชิก.....ได้สมัครเป็นสมาชิก ส.ร.ท.ร. รอบการสมัครที่.....

ได้แนบใบรับรองแพทย์จาก.....แล้ว

และได้ขอเรียนว่าระยะเวลาที่ผ่านมาข้าพเจ้ามีประวัติเกี่ยวกับการตรวจรักษาโรคต่อไปนี้ ดังนี้

- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------|
| 1. โรคหัวใจหรือหลอดเลือด | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | ระบุ..... |
| 2. โรคหัวใจในระยะเวลาอันตราย | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | ระบุ..... |
| 3. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | ระบุ..... |
| 4. โรคกระดูกทุกชนิด ทุกระยะ | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | ระบุ..... |
| 5. โรคตับอักเสบ | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | ระบุ..... |
| 6. โรคปอดเรื้อรัง | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | ระบุ..... |
| 7. ภาวะไตวาย | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | ระบุ..... |
| 8. โรคร้ายแรงอื่นๆ ตามที่แพทย์ระบุ | | | |

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่าข้อความตามข้อ 1-8 เป็นความจริงทุกประการและยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าหรือให้ ส.ร.ท.ร. ขอประวัติการรักษาสถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าเข้ารับการรักษาหรือที่เกี่ยวข้องได้

หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัวหรือเสียชีวิตภายใน 1 ปี นับตั้งแต่วันที่สมาชิกรับเป็นสมาชิกแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมให้ถือว่าข้าพเจ้าไม่มีสถานะเป็นสมาชิกของ ส.ร.ท.ร. มาตั้งแต่วันสมัคร ไม่มีสิทธิ์ได้รับเงินสงเคราะห์ และให้ทางสมาคมคืนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าและค่าบำรุงรายปีให้ด้วย

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน (ญาติที่ใกล้ชิด บิดา, มารดา, พี่ น้อง ฯลฯ)
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน (กรรมการ/เจ้าหน้าที่ศูนย์)
(.....) ตัวบรรจง



หนังสือแสดงเจตนาการให้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัว
สมาคมสภาปณิกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ รพช. (ท้องถิ่นร้อยเอ็ด) ส.ร.ท.ร.

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 ส.ร.ท.ร. พึ่งจ่าย

(2.1).....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่.....

(2.2).....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่.....

(2.3).....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่.....

โดยมีเงื่อนไขการรับดังนี้ ได้รับส่วนแบ่งเท่ากันทุกคน อื่นๆ.....

ถ้าคนใดตายก่อนข้าพเจ้า ผู้นั้นเป็นอันหมดสิทธิ และหากมีเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าเหลืออยู่ ก็ให้มอบแก่ผู้มีสิทธิที่เหลืออยู่ ดังกล่าวข้างต้น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(3) ข้าพเจ้าในฐานะสมาชิกสมาคมสภาปณิกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ รพช. (ท้องถิ่นร้อยเอ็ด) ส.ร.ท.ร. จะนำส่งเงินเป็นค่าบำรุง รายปีและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าหรือเงินสงเคราะห์ที่ใช้เกินตามที่เรียกเก็บ ส่งให้สมาคมภายในเวลาที่สมาคมฯ กำหนด

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร

ลงชื่อ.....ผู้จัดการศูนย์ประสานงานฯ

ลงชื่อ.....กรรมการ ส.ร.ท.ร.

หมายเหตุ ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (เรื่องวิธีกระจายค่าจัดการศพ.หรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัว การใช้จ่ายและการเก็บรักษาเงินของสมาคมสภาปณิกิจสงเคราะห์ วันที่ 27 ธันวาคม 2545 กำหนดให้บุคคลผู้ได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวจะต้องเป็นบุคคลในครอบครัว ดังนี้

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