



1. ສໍາເນົາບັດຕັ້ງຈ້າກທີ່ຮູ້ທີ່ບັດປະຈຳປະຊາຊົນ
2. ສໍາເນົາທະເບື່ອນບ້ານ
3. ສໍາເນົາທະເບື່ອນສ່ວນສ່ວນ (ຄ້າມື)
4. ໃນສ່າດຍຸດເປັນເຊື້ອ-ສຸກລ (ຄ້າມື)
5. ໃນບັນດາສຳເນົາໄດ້ຮັບອະນຸມັດຕະກຳຈາກໂຄງພາບາລຂອງຮູ້ມີອາຍຸໄໝເກີນ 30 ວັນ
6. ແບບຄໍາວັບຮອງສຸກພັດຕະນາ
7. ສໍາເນົາບັດຕັ້ງຈ້າກທີ່ຮູ້ທີ່ບັດປະຈຳປະຊາຊົນ

## ໃບສົມຄະສາມີກປະເທສາມັນ

### ສາມາມປາປັນກິຈສົງເຄຣະໜ້າສາມີກຊຸມສຫກຮັນອົມທັງປະຊາຊົນໄທ (ສສອດ.)

ເຂົ້າມີບັນດາສຳເນົາໃຫ້ຄະນະທຸກໆ.....

ວັນທີ.....ເດືອນ.....ພ.ສ.....

ຊັ້າພເຈົ້າ ນາຍ/ນາງ/ນັງສາວ.....ອາຍຸ.....ປີ

ເລກທີ່ປະຈຳປະຊາຊົນ

ເກີດວັນທີ.....ເດືອນ.....ພ.ສ..... ຜູ້ສ່ວນສ່ວນ.....

- (1) ດຳຮັງດຳແນ່ນ ທີ່ບັດປະຊາຊົນທີ່..... ແລະເປັນສາມີກສາມັນຂອງສຫກຮັນ  
ອົມທັງປະຊາຊົນ.....ເລກທີ່ສາມີກ.....
- (2) ສານາທີ່ອູ່ຢູ່ (ຕາມທະເບື່ອນບ້ານ)  
ບ້ານເລກທີ່.....ໜຸ່ງທີ່.....ໜອຍ.....ຄົນ.....ຕຳບລ(ແຂວງ).....  
ອໍາເກອ (ເຂົ້າ).....ຈັງຫວັດ.....ຮັກສໄປຮັກເນີຍ.....  
ໂທຮັກທີ່ບ້ານ.....ໂທຮັກທີ່ມີອື່ນ.....E-mail.....
- (3) ສານາທີ່ປົກລົງຕິດຕາມ/ຊື່ອໜ່ວຍງານ.....ອໍາເກອ (ເຂົ້າ).....  
ຈັງຫວັດ.....ໂທຮັກທີ່ (ທີ່ກຳນົດ)..... E-mail.....
- (4) ການຮໍາຮັງເງິນຄ່າສົມຄະສາມີກຄັ້ງແຮກ ຈຳນວນ.....ບາທ ແລະຄັ້ງຕ່ອໄປຂໍາຮະດັບນີ້  
 ຂໍຮໍາເງິນສົດຖຸກປີ  ອັກໍາຮໍາຈາກບຸກໍ່ເງິນຝາກໃນສຫກຮັນຂອງສາມີກ  
 ອັກໍາຮໍາຈາກເງິນປັນຜລ,ເລື່ອຍ໌ດິນ  ອັກໍາຮໍາຈາກການເພີ່ມເງິນກູ້ໃຫ້ສາມີກ

ຊັ້າພເຈົ້າໄດ້ຮັບທ່ານ ແລະເຂົ້າໃຈວັດຖຸປະສົງຄໍຂອງຂອບບັດສາມາມປາປັນກິຈສົງເຄຣະໜ້າສາມີກຊຸມສຫກຮັນອົມທັງປະຊາຊົນໄທ  
ແລ້ວ ມີຄວາມປະສົງຄໍສົມຄະສາມີກເປັນສາມີກແລະຍືນຍອມປົກລົງຕິດຕາມຂອບບັດແລະເນື່ອໄຂດັ່ງກ່າວທຸກປະກາດ

ລົງຊື່.....ຜູ້ສ່ວນສ່ວນ

(.....)

ສາມີກສຫກຮັນອົມທັງປະຊາຊົນ.....ເລກທີ່.....

#### ສໍາໜັບຄຸນຢ່າງສຳເນົາ

ໄດ້ຕຽບສອບແລ້ວ ຂອບຮອງຈ່າຍຫຼຸດສ່ວນສ່ວນ

- ( ) ເປັນຜູ້ມີຄຸນສົມບັດຖຸກທີ່ຕ້ອງຄະນະ
- ( ) ໄດ້ແນບໜັກຮູ້ຈາກປະກອບການສົມຄະສາມີກຄົວໜ້າ
- ( ) ຂໍຮໍາເງິນຄ່າສົມຄະສາມີກ ແລະເງິນຄ່າສົງເຄຣະໜ້າສາມີກຊຸມສຫກຮັນ
- ( ) ດາວອນນີ້ຕີບເປັນສາມີກ

ລົງຊື່.....ເຈົ້າຫ້າທີ່  
(.....)

ລົງຊື່.....ຜູ້ຈັດກາ  
(.....)

ລົງຊື່.....ເລຂານຸກການ/ກຣມການ/ປະການາ  
(.....)

#### ສໍາໜັບສາມາມ

( ) ດາວອນນີ້ຕີບເປັນສາມີກ

( ) ອື່ນ ໆ (ຮະບູ).....

ລົງຊື່.....ເຈົ້າຫ້າທີ່  
(.....)

ລົງຊື່.....ຜູ້ຈັດກາ/ເລຂານຸກກາ  
(.....)

#### ກາຮອນນີ້ຕີບ

( ) ດາວອນນີ້ຕີບເປັນສາມີກ ສສອດ. ເນື່ອວັນທີ.....

( ) ໃນດັ່ງກ່າວ.....

ລົງຊື່.....ນາຍກ/ຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸມັດ  
(.....)



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์  
สมาคมมาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอค.)

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 ข่มขู่ หรือ  
กระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้คำยินยอม

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ สสอค.

(ลงชื่อ)..... พยาน

(ลงชื่อ)..... ผู้มีอำนาจลงนาม สสอค.

**ลงลายมือชื่อผู้รับเงินส่งเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้**

1. ผู้รับเงินส่งเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคล(ตามข้อบังคับฯ หมวด 7 ข้อ 25 และประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมฯ วิธีการจ่ายค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินส่งเคราะห์ ข้อ 3) ดังต่อไปนี้

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

ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯจ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 1. ตามลำดับก่อนหลัง โดยผู้อยู่ลำดับก่อนย่อมตัดสิทธิผู้อยู่ลำดับหลัง แต่ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯแบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินส่งเคราะห์ที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน

2. ผู้รับเงินส่งเคราะห์ ตามหนังสือยินยอมตามข้อ 3 ทุกคน ยินยอมให้สหกรณ์อมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อนโดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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

## ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / 医師 / พญ. ....  
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....  
ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว..... อายุ.....ปี  
ปรากฏว่า

นาย / นาง / นางสาว.....  
ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไร้ความสามารถ หรือจิตพิ�ฟ่อง ไม่สมประกอบ  
และปราศจากโรคเหล่านี้

- (1) โรคหัวใจ
- (2) โรคwanโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
- (4) โรคมะเร็งในระยะอันตราย
- (5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- (6) โรคอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าเป็นอันตราย

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ดังนี้.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

(โปรดประทับตราสถานบริการของรัฐ)

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม  
(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหากโรคที่เป็นเหตุต้องออกจากราชการ  
(3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

## ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....  
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....  
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่..... สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือสถานที่  
ปฏิบัติ งานประจำ หรืออยู่ที่.....  
ได้ตรวจร่างกาย นาย / นาง / น.ส.....  
สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้).....  
บัตรประจำตัวเลขที่ (ระบุประเภทของบัตรด้วย).....  
แล้ว เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... ขอรับรองว่า

นาย / นาง / นางสาว..... "ไม่เป็น" บุคคลวิกฤต หรือมีจิตพิ่มเพื่อนไม่สมประกอบ "ไม่เป็นผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง วัณโรค ในระยะอันตราย โรคเท้าห้างในระยะที่ปาก្សາ อาการขันเป็นที่รังเกียจแก่สังคม โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง หรือ โรคพิษสุราเรื้อรัง และโรคซิฟิลิส ในระยะที่ 3

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม  
(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออก  
จากราชการ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ได้ 1 เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย



### แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....  
 สมาชิกสหกรณ์..... เลขที่สมาชิกสหกรณ์.....  
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ได้ทำการสมัครสมาชิก สสอค. 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. โรควัณโรค	<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 นายกสมาคมภาคปานิชสังเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอค.)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรค ถือว่าการสมัครเป็นสมาชิกเป็นโมฆะ ให้ สสอค. ตัดสิทธิจากการเป็นสมาชิก ตามข้อบังคับสมาคม พ.ศ.2562 ข้อ 13(1) ได้ทันที และข้าพเจ้าตกลงด้วยทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใด ๆ และขอสงวนสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้งข้าพเจ้าไม่ติดใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจาก สสอค. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคมทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าโดยมอบให้ สสอค. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ..... (ผู้สมัครสมาชิก สสอค.)

ตัวบรรจง(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

ตัวบรรจง(.....)

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

ตัวบรรจง(.....)