



สภาคณณบปนกัจสงเคราะห้ สหกรณ้อมทรร้พครุเชยงราย จำกัถ 2

เรอื่ง ร้บสมัครสมำชิกสมำคมาฯ กรณ้พิเศษ

~~~~~

ตามมติที่ประชุมใหญ่สามัญครั้งแรก ของสภาคณณบปนกัจสงเคราะห้สหกรณ้อมทรร้พครุเชยงราย จำกัถ 2 เมื่อวันศุกร้ที่ 29 เมษายน 2565 ได้มีมติเป็นเอกฉันท์ให้สมำคมาฯ ปรเปิดรับสมัครสมำชิกสมำคมาฯ ในกรณ้พิเศษ โดยกำหนดให้ผู้สมัครเป็นสมำชิกสมำคมาฯ ต้องมีคุณสมบัติและได้ปฏิบัติตามเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

1. คุณสมบัติของผู้สมัครสมำชิก

- (1) เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ (20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป)
- (2) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นคนไร้ความสามารถ
- (3) มีสุขภาพแข็งแรง
- (4) มีอายุในวันสมัครไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์
- (5) เป็นบุคคลที่มีชื่อในทะเบียนบ้านถูกต้องตามกฎหมาย
- (6) ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงหรือเป็นโรคเรื้อรังจนรักษาไม่หาย
- (7) มีความประพฤติดีและยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ

(8) เป็นสมำชิกสมำคมาฯ สภาคณณบปนกัจสงเคราะห้สหกรณ้อมทรร้พครุเชยงราย จำกัถ หรือเป็นสมำชิกสหกรณ้อมทรร้พครุเชยงราย จำกัถ หรือสมำชิกสมทบสหกรณ้อมทรร้พครุเชยงราย จำกัถ หรือคู่สมรส หรือบุตร หรือบุตรบุญธรรม หรือคู่สมรสของบุตร หรือคู่สมรสของบุตรบุญธรรม ของสมำชิกสมำคมาฯ สภาคณณบปนกัจสงเคราะห้สหกรณ้อมทรร้พครุเชยงราย จำกัถ หรือสมำชิกสหกรณ้อมทรร้พครุเชยงราย จำกัถ หรือสมำชิกสมทบสหกรณ้อมทรร้พครุเชยงราย จำกัถ

2. ยินดีบริจาคเงิน

ให้แก่งกองทุนส่งเสริมความมั่นคงเพื่อสภาคณณบปนกัจสงเคราะห้สหกรณ้อมทรร้พครุเชยงราย จำกัถ 2 ตามเกณฑ์อายุของผู้สมัครเข้าเป็นสมำชิกสมำคมาฯ สภาคณณบปนกัจสงเคราะห้สหกรณ้อมทรร้พครุเชยงราย จำกัถ 2 ตามหลักเกณฑ์ดังนี้

| ที่ | อายุผู้สมัคร                                | เงินบริจาค (บาท) |
|-----|---------------------------------------------|------------------|
| 1   | อายุเกิน 35 ปี แต่ไม่เกิน 60 ปี             | 500              |
| 2   | อายุเกิน 60 ปี แต่ไม่เกิน 70 ปี             | 1,000            |
| 3   | กรณ้สมำชิกสมำคมาฯ กอง 1 ที่มีอายุเกิน 70 ปี | 1,000            |

ผู้ที่ประสงค์จะสมัครเข้าเป็นสมำชิกสมำคมาฯ สภาคณณบปนกัจสงเคราะห้สหกรณ้อมทรร้พครุเชยงราย จำกัถ 2 ให้ยื่นใบสมัครพร้อมเอกสาร /หลักฐาน ได้ที่สำนักงานสมำคมาฯ เลขที่ 402 หมู่ 3 ต.บ้านคู้ อ.เมือง จ.เชยงราย ตั้งแต่วันที่ 5 พฤษภาคม 2565 ถึงวันที่ 30 ธันวาคม 2565 ในวันและเวลาทำการ ตามระยะเวลาที่กำหนด

### เอกสาร/หลักฐาน ที่ต้องแนบพร้อมใบสมัคร ประกอบด้วย

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
3. ใบรับรองแพทย์แผนปัจจุบันขึ้นหนึ่งจากสถานพยาบาลของรัฐตามกฎหมาย ว่าด้วยสถานพยาบาล หรือสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองมาตรฐานเทียบเท่าสถานพยาบาลของรัฐ จำนวน 1 ฉบับ
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับผลประโยชน์ จำนวน 1 ฉบับ
5. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์/ทะเบียนสมรส (กรณีมอบให้คู่สมรส) จำนวน 1 ฉบับ

### ค่าสมัคร / ค่าบำรุง / เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า / เงินบริจาค

ผู้สมัครต้องชำระเงินค่าสมัคร / ค่าบำรุง / เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าและเงินบริจาคให้แก่สมาคมฯ ดังนี้

1. ค่าสมัคร จำนวน 100 บาท
2. ค่าบำรุง จำนวน 50 บาท
3. เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 500 บาท
4. เงินบริจาค (สำหรับผู้สมัครที่มีอายุเกิน 35 ปี ตามเกณฑ์ที่สมาคมฯ กำหนด)

สมาชิกภาพของผู้สมัครจะสมบูรณ์เริ่มตั้งแต่วันที่ชำระเงินค่าสมัคร ค่าบำรุง เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า และชำระเงินค่าบริจาคให้แก่สมาคมฯ ปณิกกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ครูเชียงราย จำกัด 2 ครบถ้วน โดยมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการสมาคมฯ ได้รับเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมฯ แล้ว

### ข้อยกเว้น

ผู้สมัครที่ได้รับอนุมัติเข้าเป็นสมาชิกภาพสมบูรณ์ กรณีเสียชีวิตด้วยแก่ความตายด้วยโรคมะเร็ง ทุกชนิดและโรคร้ายแรงอื่น ตามใบรับรองแพทย์ของโรงพยาบาล ดังนี้ โรคหัวใจหรือหลอดเลือด โรควัณโรค ในระยะอันตราย โรคเบาหวานขั้นรุนแรง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคไตวายเรื้อรัง โรคปอดเรื้อรัง โรคตับแข็ง และโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) ภายใน 180 วัน นับตั้งแต่วันที่สมาชิกภาพสมบูรณ์ ไม่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์จากสมาคมฯ

ประกาศ ณ วันที่ 5 พฤษภาคม พ.ศ. 2565



(นายปรีชา ศรีสุวรรณ)

นายกสมาคมฯ ปณิกกิจสงเคราะห์  
สหกรณ์ออมทรัพย์ครูเชียงราย จำกัด 2

|                                                    |
|----------------------------------------------------|
| โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง        |
| เอกสารประกอบ                                       |
| 1. สำเนาบัตรเจ้าหน้าที่รัฐหรือบัตรประจำตัวประชาชน  |
| 2. สำเนาทะเบียนบ้าน                                |
| 3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)                        |
| 4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)              |
| 5. ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาล มีอายุไม่เกิน 30 วัน  |
| 6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์ |



|                            |
|----------------------------|
| เลขประจำตัวสมาชิก<br>..... |
|----------------------------|

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ครูเชียงราย จำกัด 2 ( สม.สอ.ชร.2)

เขียนที่ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ครูเชียงราย จำกัด 2 ( สม.สอ.ชร.2)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เพศ  ชาย  หญิง สถานภาพ  โสด  สมรส คู่สมรสชื่อ.....  หย่า หรือหม้าย

**คุณสมบัติความเกี่ยวข้องของผู้สมัคร**

เป็นสมาชิกของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ครูเชียงราย จำกัด เลขที่สมาชิก .....

เป็นสมาชิกประเภทสามัญหรือสมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์ครูเชียงราย จำกัด เลขที่สมาชิก.....

เป็น  คู่สมรส  บุตร  บุตรบุญธรรม  คู่สมรสของบุตร  คู่สมรสของบุตรบุญธรรม

ของสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ครูเชียงราย จำกัด ชื่อ.....

เลขที่สมาชิก .....

เป็น  คู่สมรส  บุตร  บุตรบุญธรรม  คู่สมรสของบุตร  คู่สมรสของบุตรบุญธรรม

ของสมาชิกสมาชิกประเภทสามัญหรือสมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์ครูเชียงราย จำกัด ชื่อ.....

เลขที่สมาชิก.....

**ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้**

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

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

โทรศัพท์มือถือ .....

ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ครูเชียงราย จำกัด2 (สม.สอ.ชร.2)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะชำระเงินสงเคราะห์ต่อสมาคมฯ โดยวิธี

หักเงินเดือน/เงินบำนาญของข้าพเจ้า ณ ที่จ่ายจากต้นสังกัด

หักเงินของ.....ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น.....

หักผ่านบัญชีธนาคาร กรุงไทย สาขา.....เลขที่บัญชี.....

หักผ่านบัญชีเงินฝากสหกรณ์ออมทรัพย์ครูเชียงราย จำกัด เลขที่บัญชี.....

ฝากเงินสงเคราะห์ไว้ล่วงหน้า จำนวน.....บาท

นำส่งเงินด้วยตนเอง

หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอมอบให้บุคคลต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ คือ

- 1 ..... เลขประจำตัวประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น.....  
ที่อยู่ติดต่อ..... โทรศัพท์.....
- 2 ..... เลขประจำตัวประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น.....  
ที่อยู่ติดต่อ..... โทรศัพท์.....
- 3 ..... เลขประจำตัวประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น.....  
ที่อยู่ติดต่อ..... โทรศัพท์.....
- 4 ..... เลขประจำตัวประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น.....  
ที่อยู่ติดต่อ..... โทรศัพท์.....
- 5 ..... เลขประจำตัวประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น.....  
ที่อยู่ติดต่อ..... โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อบังคับ ระเบียบและประกาศของสมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์ครูเชียงราย จำกัด 2 (สธ.สอ.ชร.2)  
ขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามทุกประการ

ลงชื่อ .....ผู้สมัคร  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

### สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัคร

- เป็นผู้มีความสมบัติถูกต้องครบถ้วนและ
- ได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วนและ
- ชำระเงินค่าสมัคร และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าแล้ว

ลงชื่อ .....เจ้าหน้าที่  
(.....)

...../...../.....

### มติที่ประชุม

คณะกรรมการชุดที่.....ครั้งที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก โดยจะเริ่มหักเงินสงเคราะห์เดือน.....พ.ศ.....
- ไม่อนุมัติ เพราะ.....

ลงชื่อ .....นายกสมาคมฯ  
(.....)

...../...../.....



## แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

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

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ได้ทำการสมัครสมาชิก สม.สอ.สร.2 สมัครงเดือน.....

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สม.สอ.สร.2 ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- 3. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

|                                         | ไม่มี                    | มี                       |           |
|-----------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|
| 3.1 โรคมะเร็ง                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ระบุ..... |
| 3.2 โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ระบุ..... |
| 3.3 โรคฉี่หนูโรคในระยยะอันตราย          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ระบุ..... |
| 3.4 โรคเบาหวานขั้นรุนแรง                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ระบุ..... |
| 3.5 โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ระบุ..... |
| 3.6 โรคไตวายเรื้อรัง                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ระบุ..... |
| 3.7 โรคปอดเรื้อรัง                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ระบุ..... |
| 3.8 โรคตับแข็ง                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ระบุ..... |
| 3.9 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ระบุ..... |
| 4. โรคร้ายแรงอื่นๆ ตามที่แพทย์ระบุ..... |                          |                          |           |

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่าบันทึกถ้อยคำดังกล่าวที่ให้ไว้ข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ หากบันทึกถ้อยคำที่ได้แจ้งไว้ไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือเป็นเท็จแล้ว ขอให้ สม.สอ.สร.2 ตัดสิทธิ์ข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติ การเป็นสมาชิกได้ตามมติ คณะกรรมการ สม.สอ.สร.2 และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใดๆ ในการรับเงินสงเคราะห์ตามที่กำหนด เมื่อข้าพเจ้าได้เสียชีวิตตามข้อ (3.1)-(3.9) ก่อนครบ กำหนด 180 วัน

ข้าพเจ้าได้รับทราบเงื่อนไขและข้อกำหนดแล้วว่าภายใน 180 วัน นับแต่ที่ สม.สอ.สร.2 มีมติรับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว หากข้าพเจ้าเสียชีวิตก่อนครบกำหนด 180 วัน ด้วยโรคข้อ (3.1) – (3.9) ทาง สม.สอ.สร.2 จะไม่จ่ายเงินสงเคราะห์ให้ผู้รับเงิน สงเคราะห์ ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....  
(.....)  
(ผู้สมัครสมาชิก สม.สอ.สร.2.)

ลงชื่อ.....  
(.....)

ลงชื่อ.....  
(.....)

พยาน

พยาน/(เจ้าหน้าที่/กรรมการ)