



ถ้อยแถลงและให้การยินยอมของผู้สมัครสมาชิก สสอท. (วาระพิเศษ)

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง/ นางสาว/ ยศเต็ม - สกุล)..... นามสกุล

เลขประจำตัวประชาชน อายุ ปี

ขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สสอท. (วาระพิเศษ) ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- 2. ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- 3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
- 4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้
 - 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)

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้ดังกล่าวข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้ว ถือว่าการสมัครเป็นสมาชิกเป็นโมฆะ ให้ สสอท. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิก สสอท. ตามข้อบังคับ สสอท. พ.ศ. 2566 (ฉบับที่ 2) ข้อ 16(5) ได้ทันที และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้า จะไม่ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใด ๆ และขอสงวนสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้งข้าพเจ้าไม่ตั้งใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจาก สสอท. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับของ สสอท.ทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ สสอท. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้พร้อมนี้ ข้าพเจ้าและผู้รับเงินสงเคราะห์ทุกคน ได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญด้วยแล้ว



ลงชื่อ ผู้สมัครสมาชิก สสอท.
(.....)

ลงชื่อ พยาน/ ผู้รับเงินสงเคราะห์ คนที่ 1
(.....)

ลงชื่อ พยาน/ ผู้รับเงินสงเคราะห์ คนที่ 2
(.....)

ลงชื่อ พยาน/ ผู้รับเงินสงเคราะห์ คนที่ 3
(.....)

ลงชื่อ พยาน/ ผู้รับเงินสงเคราะห์ คนที่ 4
(.....)

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน
(.....)

ลงชื่อ ประธาน/ผู้จัดการศูนย์ประสานงาน
(.....)

หมายเหตุ ให้ผู้รับเงินสงเคราะห์ลงลายมือชื่อทุกคน ถ้าไม่พอให้เขียนเพิ่ม