



สำหรับเจ้าหน้าที่
รอบที่ /
เลขมาปนกิจ

ใบสมัครสมาชิกวิสามัญ

สมาคมมาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ทหาร (สสอท.)

เขียนที่ ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศเต็ม นามสกุล อายุ ปี

เลขประจำตัวประชาชน --- เกิดวันที่ เดือน พ.ศ.(1) มีความเกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร

ของ เลขทะเบียนมาปนกิจ

(2) สถานภาพ

 โสด สมรส คู่สมรส ชื่อ..... หย่า หม้าย

(3) สถานที่อยู่ (ที่ติดต่อได้สะดวก)

บ้านเลขที่ หมู่ ซอย ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ E-mail.....

(4) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)

บ้านเลขที่ หมู่ ซอย ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ E-mail.....

(5) ข้าพเจ้าได้ชำระเงินให้แก่สมาคม ดังนี้

 เงินค่าสมัคร 100 บาท เงินค่าบำรุงรายปี 50 บาท เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า บาท

(6) ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้ เป็นผู้จัดการศพ โดยให้ได้รับ

เงินสงเคราะห์เบื้องต้น เพื่อจัดการศพ จำนวน 100,000 บาท (หนึ่งแสนบาทถ้วน)

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับฯ ตลอดจนเงื่อนไขการปฏิบัติต่างๆของสมาคมมาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ทหาร (สสอท.) เป็นอย่างดีแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกวิสามัญตลอดจนยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับฯ และเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อผู้สมัครด้วยความเต็มใจ และมีสติสัมปชัญญะโดยไม่มีผู้ใดข่มขู่หรือกระทำการใดๆ

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรข้าราชการ หรือสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน
2. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
3. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ -สกุล (ถ้ามี)
4. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง จากโรงพยาบาลของรัฐ มีอายุไม่เกิน 30 วัน
5. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้จัดการศพ
6. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
7. สำเนาทะเบียนราษฎร์ชื่อนาคารทหารไทยธนาชาติ จำกัด (มหาชน) เท่านั้น

ลงชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

สมาชิก สอ. จำกัด

เลขทะเบียน สอ.

สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิกวิสามัญ สสอท. พร้อมกันนี้ได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วนทั้ง 7 ข้อ พร้อมชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าบำรุงรายปี และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ และระเบียบสมาคมฯ ปกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ทหาร รวมทั้งประกาศ สสอท. เรื่องรับสมัครสมาชิก สสอท. หรือ การเปิดรับสมัคร เป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ
(.....)

ผู้รับสมัคร

เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์.....
..... / /

สำหรับกรรมการ สสอท.

อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิกวิสามัญ สสอท. ตั้งแต่วันที่
(คราวประชุม เมื่อวันที่

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....
.....

ลงชื่อ
(.....)

กรรมการ สสอท.

..... / /



หนังสือแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์สมาชิกวิสาหกิจ
สมาคมพัฒนาเกษตรกรรมสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ทหาร (สสอท.)

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศเต็มนามสกุล..... อายุ ปี
เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. มีความเกี่ยวข้องเป็น ของ
ซึ่งเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ จำกัด เลขสมาชิกสหกรณ์
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่ หมู่ ซอย ถนน
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ
ปัจจุบันทำงานประจำในตำแหน่ง สถานที่ทำงาน
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน ต่อ

ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สสอท. พึ่งจ่าย โดยจ่ายให้กับบุคคล ดังต่อไปนี้

1. เลขประจำตัวประชาชน เกี่ยวข้องเป็น
2. เลขประจำตัวประชาชน เกี่ยวข้องเป็น
3. เลขประจำตัวประชาชน เกี่ยวข้องเป็น
4. เลขประจำตัวประชาชน เกี่ยวข้องเป็น
5. เลขประจำตัวประชาชน เกี่ยวข้องเป็น

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ มีสติสัมปชัญญะ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อให้คำยินยอมไว้เป็นสำคัญ ในหนังสือนี้



(ลงชื่อ) ผู้ให้คำยินยอม
(.....)

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร
(.....)

(ลงชื่อ) ผู้จัดการศูนย์ประสานงาน
(.....)

(ลงชื่อ) กรรมการ สสอท.
(.....)

***หมายเหตุ** ตามประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2545 เรื่องวิธีการจ่ายค่าจัดการศพ หรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัว การใช้จ่ายและการเก็บรักษาเงินของสมาคมพัฒนาเกษตรกรรม กำหนดให้บุคคลผู้ได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ตามข้อ (2) จะต้องเป็นบุคคลในครอบครัว ดังนี้ 1.สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา 2. พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน 3. พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน 4. ปู่ ย่า ตา ยาย 5. ลุง ป้า น้า อา 6. ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู (มีหนังสือรับรองของทางราชการ)



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. โรคภัยแรงอื่น ๆ (ระบุ)

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้ดังกล่าวข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้ว ถือว่าการสมัครเป็นสมาชิกเป็นโมฆะ ให้ สสอท. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิก สสอท. ตามข้อบังคับ สสอท. พ.ศ. 2566 (ฉบับที่ 2) ข้อ 16(5) ได้ทันที และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้า จะไม่ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใด ๆ และขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต 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