

สมัครสมาชิก สม.ขก. ประเภท : สมทบ

ลำดับที่.....

ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขที่บัตรประชาชน.....

เอกสารที่แนบ ครบ ไม่ครบ *** โปรดเรียงลำดับตามนี้

- 1. สำเนาบัตรข้าราชการ หรือสำเนาบัตรประชาชน จำนวน 2 ฉบับ
- 2. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 2 ฉบับ
- 3. สำเนาทะเบียนสมรส จำนวน 2 ฉบับ
- 4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ (ถ้ามี) จำนวน 2 ฉบับ
- 5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง อายุไม่เกิน 30 วัน
- 6. สำเนาบัตร และสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับผลประโยชน์ จำนวน 2 ฉบับ

.....
เจ้าหน้าที่ตรวจเอกสาร

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

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ:

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส
4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริงมีอายุ ไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
7. แบบรายงานสุขภาพตนเอง
8. ทะเบียนรับรองบุตร (ถ้ามี)



สม.ชก. 2/1 (บุคคลในครอบครัว)

สมัครผ่าน

- สมาชิก
- หน่วยบริการ

เลขประจำตัวสมาชิก.....

ใบสมัครสมาชิก ประเภทบุคคลในครอบครัว

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิก (สม.ชก.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(1) ข้อมูลสมาชิก

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

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เพศ ชาย หญิง สถานภาพ โสด สมรส คู่สมรสชื่อ..... หย่า หรือ หม้าย

เป็นบุคคลในครอบครัวของสมาชิกสามัญ ประเภท คู่สมรส บุตร บุตรบุญธรรม บิดา

มารดา ของ..... สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูขอนแก่น จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก.....

(2) ข้อมูลการเป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการเดิม (กสส./กสข.)

เคยเป็นสมาชิกกองทุน ไม่เคยเป็นสมาชิกกองทุน

(3) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล (แขวง)..... อำเภอ (เขต)

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

(4) ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล (แขวง)..... อำเภอ (เขต)

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์ที่ทำงาน

โทรศัพท์มือถือ..... Email.....

(5) การชำระเงิน

(5.1) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก จำนวน 4,150 บาท ดังนี้

ชำระเป็นเงินสด ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน

(5.2) การชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้ารายปีครั้งต่อไป โดยให้สหกรณ์หักจาก ดังนี้

ชำระเป็นเงินสดรายปี (12 งวด) ชำระจากเงินปันผล,เฉลี่ยคืน

ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิก (สม.ชก.)

แล้วมีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคมหรือหน่วยบริการ

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สม.ชก. รวมทั้งได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร และชำระเงินค่าสมัคร ค่าบำรุงประจำปีและเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าครบถ้วน ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สม.ชก. เรื่องรับสมัครสมาชิก สม.ชก.

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่งเจ้าหน้าที่สมาคม สม.ชก.

สำหรับนายทะเบียนสมาคม สม.ชก.

เรียน นายกสมาคม สม.ชก.

ตรวจสอบแล้วรับรองว่า สมาชิกมีคุณสมบัติครบถูกต้อง

- เห็นควรรับเป็นสมาชิก สม.ชก.
- ไม่เห็นควรรับเป็นสมาชิก สม.ชก. เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่งนายทะเบียนสมาคม สม.ชก.

สำหรับคณะกรรมการ สม.ชก.

- คำสั่ง** อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สม.ชก. ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
(คราวประชุมครั้งที่...../.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....)
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่งนายกสมาคม สม.ชก.



หนังสือแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์เสมาขอนแก่น (สม.ชก.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1.ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....

2.หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิให้ นาย/นาง/นางสาว.....
บุตรประชาชน.....เกี่ยวข้องกับ.....เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

3.ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สม.ชก. พึงจ่าย หลังจากหักเงินค่าจัดการศพให้บุคคลที่ระบุในข้อ 2
ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้

3.1บุตรประชาชน.....เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทรศัพท์.....

3.2บุตรประชาชน.....เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทรศัพท์.....

3.3บุตรประชาชน.....เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทรศัพท์.....

3.4บุตรประชาชน.....เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทรศัพท์.....

3.5บุตรประชาชน.....เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทรศัพท์.....

3.6บุตรประชาชน.....เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทรศัพท์.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการ
ใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงเจตนา (ลงชื่อ).....พยาน

(.....) (.....)

(ลงชื่อ).....พยาน (ลงชื่อ).....นายทะเบียนสมาคม สม.ชก

(.....) (.....)

ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงิน

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคลตามข้อบังคับฯ หมวด 7 ข้อ 23 และประกาศของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องวิธีการจ่ายเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัว การใช้จ่าย และการเก็บรักษาเงินของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ ข้อ 3 ดังต่อไปนี้

- 1.1 สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา
- 1.2 พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน
- 1.3 พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน
- 1.4 ปู่ ย่า ตา ยาย
- 1.5 หลุง ป้า น้า อา
- 1.6 ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู

ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯ จ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน

ข้อ 1. ตามลำดับก่อนหลัง ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯ แบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ หาก นาย/นาง/นางสาว.....ถึงแก่กรรมผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ ประกอบด้วย

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



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....
เลขบัตรประชาชน..... ได้ทำการสมัครสมาชิก สม.ชก. และขอใบรับรองแพทย์จาก
โรงพยาบาล.....

ขอเรียนว่าข้าพเจ้า มีประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

	ไม่มี	มี	
1. โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
2. โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
3. โรคหัวใจในระยะเวลาอันตราย	<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. โรคไตวายเรื้อรัง	<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 นายกษมาคมณาปนกิจสงเคราะห์เสมาขอนแก่น (สม.ชก.)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าไม่มีประวัติการรักษาโรคตามข้อ 1-9 และยินยอมให้ สม.ชก. ขอประวัติการรักษาพยาบาล
ของข้าพเจ้าในสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัวตามข้อ 1-9 และหากเสียชีวิตภายในระยะเวลา 1 ปี
หรือแจ้งความอันเป็นเท็จให้ถือว่า ข้าพเจ้าไม่มีสมาชิกภาพของ สม.ชก. มาตั้งแต่ต้น ทาง สม.ชก. ไม่อนุมัติเป็นสมาชิก
โดยคืนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือให้กับผู้สมัคร

ลงชื่อ..... (ผู้สมัครสมาชิก สม.ชก.)

ตัวบรรจง(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

ตัวบรรจง(.....)

ลงชื่อ..... พยาน (เจ้าหน้าที่/กรรมการสมาคม สม.ชก.)

ตัวบรรจง(.....)