



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สงเคราะห์ครูสุรินทร์ (ฉ.ค.ส.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสุรินทร์ จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....มือถือ.....ทำงานประจำในตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....ต่อ.....

2. หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิให้ นาย/นาง/นางสาว.....
เลขบัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น..... เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์โดยการโอนเงินผ่านธนาคารกรุงไทย ฟ้าจ่าย หลังจากหักเงินค่าจัดการศพ
ให้บุคคลที่ระบุ และยินยอมให้กับสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ให้เสร็จสิ้น เท่ากับจำนวนหนี้สินที่ข้าพเจ้า
ผูกพันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้

3.1บัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....

3.2บัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....

3.3บัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....

3.4บัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....

3.5บัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....

3.6บัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ
ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ)ผู้ให้คำยินยอม
(.....)

(ลงชื่อ)พยาน
(.....)

(ลงชื่อ)ผู้จัดการ
(.....)

(ลงชื่อ)นายก
(.....)

ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์หรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคลตามข้อบังคับ ฯ หมวด 6 ข้อ 23 และประกาศกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) วิธีการจ่ายค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ ข้อ 3 ดังต่อไปนี้

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

ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯจ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 1. ตามลำดับก่อนหลัง ถ้ามีผู้ อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯแบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนใน สัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อนโดยขอรับ เฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

3.1..... เกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทรศัพท์.....	3.2..... เกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทรศัพท์.....
3.3..... เกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทรศัพท์.....	3.4..... เกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทรศัพท์.....
3.5..... เกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทรศัพท์.....	3.6..... เกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทรศัพท์.....



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/เกิด.....
 สมาชิกสมาคม..... เลขที่สมาชิกสมาคม.....
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ได้สมัครสมาชิกสมาคม ฉ.ค.ส. 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. โรคร้ายแรงอื่นๆ ตามที่แพทย์ระบุ..... | | | |

เรียน นายกสมาคมฉ.ค.ส. กิจสงเคราะห์ครูสุรินทร์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรค ถือว่าการสมัครเป็นสมาชิกเป็นโมฆะ ให้สมาคม ฉ.ค.ส. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิกได้ทันที และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์หรือใช้สิทธิ์ใด ๆ และขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย รวมทั้งข้าพเจ้าไม่ติดใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจากสมาคม ฉ.ค.ส. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามประกาศสมาคมทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าโดยมอบให้สมาคม ฉ.ค.ส. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....(ผู้สมัครสมาชิกสมาคม ฉ.ค.ส.)

ตัวบรรจง(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

ตัวบรรจง(.....)

ลงชื่อ.....พยาน(เจ้าหน้าที่/กรรมการสมาคมฯ)

ตัวบรรจง(.....)

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรเจ้าหน้าที่รัฐหรือบัตรประจำตัวประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐมีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. แบบรับรองสุขภาพตนเอง
7. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์



**ใบสมัครสมาชิก ประเภท ข
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภเคราะห์ครูสุรินทร์ (ฉ.ค.ส.)**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. คู่สมรสชื่อ.....

(1) เป็น □ คู่สมรส □ บุตร □ บิดา □ มารดา ของ.....

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขที่สมาชิก.....

(2) เป็นสมาชิก ประเภท ก สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ครูสุรินทร์ เลขที่สมาชิก.....

(3) สถานที่อยู่/โทรศัพท์มือถือ..... Email.....

ตามทะเบียนบ้าน	จัดส่งเอกสาร
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย.....	บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย.....
ถนน..... ตำบล (แขวง)	ถนน..... ตำบล (แขวง)
อำเภอ(เขต)..... จังหวัด.....	อำเภอ(เขต)..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....	รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

(4) การชำระเงินสมัครสมาชิกครั้งแรก จำนวน..... บาท (.....)

และครั้งต่อไปชำระดังนี้

ชำระเป็นเงินสดทุกปี

หักชำระจากบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย จำกัด

หักเงินผ่านทางกรมบัญชีกลาง

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจในวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ครูสุรินทร์แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัคร

() เป็นผู้มีความประพฤติถูกต้องครบถ้วน

() ได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน

() ชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าแล้ว

() ควรอนุมัติรับเป็นสมาชิก

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ

(นางสาวดวงพร สุขชีพ)

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ความเห็นของนายทะเบียน

() ควรอนุมัติรับเป็นสมาชิก

() อื่น ๆ (ระบุ).....

ลงชื่อ.....นายทะเบียน ฉ.ค.ส.

(.....)

การอนุมัติ

() ทราบและเสนอที่ประชุมทราบด้วย

ลงชื่อ.....นายก

(.....)



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สงเคราะห์ครูสุรินทร์ (ฉ.ค.ศ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสุรินทร์ จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....มือถือ.....ทำงานประจำในตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....ต่อ.....

2. หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิให้ นาย/นาง/นางสาว.....
เลขบัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น..... เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์โดยการโอนเงินผ่านธนาคารกรุงไทย พึ่งจ่าย หลังจากหักเงินค่าจัดการศพ
ให้บุคคลที่ระบุ และยินยอมให้กับสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสุรินทร์ จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ให้เสร็จสิ้น เท่ากับ
จำนวนหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกผันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้

3.1บัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....

3.2บัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....

3.3บัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....

3.4บัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....

3.5บัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....

3.6บัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ
ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ)ผู้ให้คำยินยอม
(.....)

(ลงชื่อ)พยาน
(.....)

(ลงชื่อ)ผู้จัดการ
(.....)

(ลงชื่อ)นายก
(.....)

ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์หรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคลตามข้อบังคับ ฯ หมวด 6 ข้อ 23 และประกาศกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) วิธีการจ่ายค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ ข้อ 3 ดังต่อไปนี้

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

ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯ จ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 1. ตามลำดับก่อนหลัง ถ้ามีผู้ อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯ แบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนใน สัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อนโดยขอรับ เฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

3.1..... เกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทรศัพท์.....	3.2..... เกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทรศัพท์.....
3.3..... เกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทรศัพท์.....	3.4..... เกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทรศัพท์.....
3.5..... เกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทรศัพท์.....	3.6..... เกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทรศัพท์.....



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/เกิด.....
 สมาชิกสมาคม..... เลขที่สมาชิกสมาคม.....
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ได้สมัครสมาชิกสมาคม ฉ.ค.ส. 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. โรคร้ายแรงอื่นๆ ตามที่แพทย์ระบุ..... | | | |

เรียน นายกสมาคมฉ.ค.ส. กิจสงเคราะห์ครูสุรินทร์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรค ถือว่าการสมัครเป็นสมาชิกเป็นโมฆะ ให้สมาคม ฉ.ค.ส. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิกได้ทันที และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์หรือใช้สิทธิ์ใดๆ และขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย รวมทั้งข้าพเจ้าไม่ตั้งใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจากสมาคม ฉ.ค.ส. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามประกาศสมาคมทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าโดยมอบให้สมาคม ฉ.ค.ส. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....(ผู้สมัครสมาชิกสมาคม ฉ.ค.ส.)

ตัวบรรจง(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

ตัวบรรจง(.....)

ลงชื่อ.....พยาน(เจ้าหน้าที่/กรรมการสมาคมฯ)

ตัวบรรจง(.....)