

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรเจ้าหน้าที่รัฐหรือบัตรประจำตัวประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐมีอายุไม่เกิน 30 วัน ฉบับจริง
4. สำเนาทะเบียนสมรส กรณีคู่สมรส
5. สำเนาทะเบียนรับรองบุตรบุญธรรม กรณี บุตรบุญธรรม
6. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
7. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับเงินสงเคราะห์
8. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับเงินสงเคราะห์



สมอน.1

ใบสมัครสมาชิก

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์ครุภาคเหนือ (สมอน.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขที่ประจำตัวประชาชน

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

ดำรงตำแหน่ง หรือปฏิบัติหน้าที่.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....

เป็นสมาชิกของสภกรณ์ออมทรัพย์.....เลขสมาชิกสภกรณ์.....

** กรณีผู้สมัครเป็นสมาชิกสมทบ หรือ ไม่ได้เป็นสมาชิกของสภกรณ์ โปรดกรอกข้อ (1) ให้ครบถ้วน **

(1) เป็น คู่สมรส บิดา มารดา บุตร บุตรบุญธรรม

ของสมาชิกสภกรณ์ออมทรัพย์เลขที่สมาชิก.....

(2) ที่อยู่ปัจจุบัน

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

อำเภอ (เขต).....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

(3) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

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

อำเภอ (เขต).....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

(4) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรกจำนวน.....บาท และครั้งต่อไปชำระดังนี้

 ชำระเป็นเงินสดทุกปี หักชำระจากการเพิ่มเงินกู้ให้สมาชิก หักชำระจากบัญชีเงินฝากในสภกรณ์ ของ.....

ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

 หักชำระจากเงินปันผล, เลี้ยยคืน ของ.....

สมาชิกสภกรณ์ออมทรัพย์เลขที่สมาชิก.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์ครุภาคเหนือแล้ว
มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

คำยินยอมของสมาชิกสามัญสหกรณ์ ให้หักชำระจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ หรือ หักชำระจากเงินปันผล,เฉลี่ยคืน

ข้าพเจ้า.....เป็นสมาชิกสามัญสหกรณ์ออมทรัพย์.....
เลขสมาชิกสหกรณ์.....มีความยินยอมให้สมาคมฯปณิกสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ครูภาคเหนือ (สผอน.)
หักชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า และเงินบำรุงสมาคมรายปี ของ..... ตามที่สมาคมฯเรียกเก็บ

- โดย หักชำระจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ของข้าพเจ้า
 หักชำระจากเงินปันผล,เฉลี่ยคืนของข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

<p>สำหรับเจ้าหน้าที่</p> <p>ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัคร</p> <p>() เป็นผู้มีความสมบูรณ์ถูกต้องครบถ้วน</p> <p>() ได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน</p> <p>() ชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าแล้ว</p> <p>() ครอบอนุมัติรับเป็นสมาชิก</p> <p>ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ (.....)</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้จัดการ (.....)</p>

<p>ความเห็นของเลขานุการ/ประธานศูนย์ประสานงาน</p> <p>() ครอบอนุมัติรับเป็นสมาชิก () อื่น ๆ (ระบุ).....</p> <p>ลงชื่อ.....เลขานุการศูนย์ประสานงาน (.....)</p> <p>ลงชื่อ.....ประธานศูนย์ประสานงาน (.....)</p>
<p>การอนุมัติ</p> <p>() ได้รับอนุมัติ เมื่อวันที่.....</p> <p>ลงชื่อ.....เลขานุการ สผอน. (.....)</p> <p>() ทราบและเสนอที่ประชุมทราบด้วย</p> <p>ลงชื่อ..... นายกสมาคม (.....)</p>

**** หมายเหตุ ****

1. กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์
2. สำเนาเอกสาร ต้องลงลายมือชื่อกำกับทุกฉบับ
3. พยาน ต้องเป็นบุคคล ไม่เกี่ยวข้องกับผู้สมัครหรือผู้รับผลประโยชน์



หนังสือให้คำยินยอมในการแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ และการหักเงิน
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์ครุภาคเหนือ (สมอน.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สมาชิกสภกรณ์ออมทรัพย์.....เลขสมาชิกสภกรณ์.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....ทำงานประจำใน

ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

1. สถานภาพ

โสด สมรส คู่สมรสชื่อ..... หย่า หม้าย

2. กรณี ข้าพเจ้ามี ภาระหนี้ คงค้างอยู่กับสภกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด ข้าพเจ้า ยินยอมให้สภกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อน

➔ 3. เงินที่เหลือจาก ข้อ 2 ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาจ่ายเงินสงเคราะห์ที่พึงจ่ายให้กับบุคคล ดังต่อไปนี้

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

โดยมอบให้ผู้รับเงินสงเคราะห์ลำดับที่.....(นาย/นาง/นางสาว.....) เป็นผู้จัดการศพ

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำยินยอม

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ

ลงชื่อ.....ผู้จัดการศูนย์ฯ

(.....)

(.....)



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สมอน. ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- 3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
- 4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้
 - (4.1) โรคมะเร็ง ทุกประเภท ไม่มี มี ระบุ.....
 - (4.2) โรคหัวใจ ทุกประเภท ไม่มี มี ระบุ.....
 - (4.3) โรคหัวใจ ทุกประเภท ไม่มี มี ระบุ.....
 - (4.4) โรคปอด ทุกประเภท ไม่มี มี ระบุ.....
 - (4.5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทุกประเภท ไม่มี มี ระบุ.....
 - (4.6) โรคไต ทุกประเภท ไม่มี มี ระบุ.....
 - (4.7) โรคหลอดเลือด ทุกประเภท ไม่มี มี ระบุ.....
- 5. โรคร้ายแรงอื่นๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่าบันทึกถ้อยคำดังกล่าวที่ให้ไว้ข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ **หากบันทึกถ้อยคำที่ได้แจ้งไว้ไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือเป็นเท็จแล้ว ขอให้ สมอน. ตัดสิทธิ์ข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติการเป็นสมาชิกได้ตามมติคณะกรรมการ สมอน. และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใดๆ ในการรับเงินสงเคราะห์ตามที่กำหนด เมื่อข้าพเจ้าได้เสียชีวิตตามข้อ (4.1)-(4.7) ก่อนครบกำหนด 1 ปี**

ข้าพเจ้าได้รับทราบเงื่อนไขและข้อกำหนดแล้วว่าภายใน 1 ปีนับแต่ที่สมอน. มีมติรับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว หากข้าพเจ้าเสียชีวิตก่อนครบกำหนด 1 ปี ด้วยโรคข้อ (4.1) – (4.7) ทาง สมอน. จะไม่จ่ายเงินสงเคราะห์ให้ผู้รับเงินสงเคราะห์

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....

(.....)

(ผู้สมัครสมาชิก สมอน.)

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์