



จส.สค.สช.

ประกาศสมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสงขลา จำกัด
เรื่อง การรับสมัครสมาชิกสมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสงขลา จำกัด
อายุ 41 ถึง 65 ปี

เนื่องในโอกาสครบรอบ 10 ปี ในการจัดตั้งสมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสงขลา จำกัด คณะกรรมการดำเนินการในคราวประชุม ครั้งที่ 5/2562 เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2562 เห็นชอบเปิดโอกาสให้บุคคลที่มีอายุเกินสี่สิบปีบริบูรณ์ได้เข้ามาเป็นสมาชิกของสมาคมฯ จึงอาศัยอำนาจตามความในข้อบังคับสมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสงขลา จำกัด พ.ศ.2554 ข้อ 9 (4) กำหนดหลักเกณฑ์การรับสมัครสมาชิกสามัญเป็นกรณีพิเศษ ดังนี้

1. คุณสมบัติของผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก

- 1.1 เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสงขลา จำกัด
- 1.2 มีอายุตั้งแต่ 41 – 65 ปี นับตามปีปฏิทิน
- 1.3 มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์
- 1.4 ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง
- 1.5 มีความประพฤติดีและยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ

2. หลักฐานที่ใช้ประกอบการสมัคร

- 2.1 สำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาบัตรข้าราชการ
- 2.2 สำเนาทะเบียนบ้าน
- 2.3 ใบรับรองแพทย์แผนปัจจุบันจากโรงพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลของรัฐ ฉบับจริง (อายุไม่เกิน 30 วัน นับถึงวันสมัคร)
- 2.4 สำเนาเอกสารประกอบอื่น เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ,นามสกุล เป็นต้น

3. การรับสมัคร

ต้องยื่นใบสมัครและเอกสารตามที่กำหนดด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม ถึง วันที่ 30 ธันวาคม 2562 ในวันจันทร์ - ศุกร์ (เว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์) เวลา 8.30 น.-15.30 น. ณ สมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสงขลา จำกัด

4. เงินที่ต้องชำระในวันสมัคร

- 4.1 ค่าสมัคร จำนวน 100 บาท
- 4.2 ค่าบำรุงรายปี จำนวน 50 บาท (ปีละ 50 บาท)
- 4.3 เงินสงเคราะห์ (ล่วงหน้า) จำนวน 500 บาท

4.4 เงินรับบริจาค...

4.4 เงินรับบริจาค คิดตามอายุ ดังนี้

- | | | |
|---------------------------|-------|-----------|
| 1) ช่วงอายุ 41 ปี - 50 ปี | จำนวน | 2,000 บาท |
| 2) ช่วงอายุ 51 ปี - 60 ปี | จำนวน | 3,000 บาท |
| 3) ช่วงอายุ 61 ปี - 65 ปี | จำนวน | 4,000 บาท |

5. การติดต่อสอบถาม

ผู้ที่สนใจสามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดได้ที่สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์
ออมทรัพย์ครูสงขลา จำกัด โทรศัพท์ 074-582881 ถึง 4 ต่อ 209 หรือ 081-8979994

เอกสารการสมัครและข้อบังคับสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์
ครูสงขลา จำกัด สามารถดาวน์โหลดได้ที่ <http://www.skcooper.com>

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2562



(นายมานพ ทองแดง)

นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์
ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสงขลา จำกัด

หมายเหตุ ณ ปัจจุบันนี้ สมาคมฯ มีสมาชิกประมาณ 12,000 คน

1) เมื่อสมาชิกของสมาคมฯ ถึงแก่กรรม สมาชิกทุกคนต้องจ่ายเงินสงเคราะห์ เพื่อช่วยเป็นค่าจัดการศพ
และสงเคราะห์ครอบครัว รายละเอียด 20 บาท (ถือว่าร่วมทำบุญให้แก่เพื่อนร่วมอาชีพ)

2) ผู้รับโอนประโยชน์หรือทายาทของสมาชิกที่เสียชีวิต จะได้รับสิทธิประโยชน์ดังนี้

- ค่าจัดการศพ 50,000 บาท

- ค่าสงเคราะห์ครอบครัว ประมาณ 180,000 บาท (ขึ้นอยู่กับจำนวนสมาชิก ณ ขณะนั้น)

เอกสารประกอบ

1. ใบรับรองแพทย์แผนปัจจุบันจากโรงพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลของรัฐ ฉบับจริง (ไม่เกิน 30 วัน)
2. สำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาบัตรข้าราชการ
3. สำเนาทะเบียนบ้าน
4. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)



ใบสมัครสมาชิก

เลขประจำตัวสมาชิก.....
 รหัสสมาชิกสหกรณ์.....
 วันรับขึ้นทะเบียน.....

สมาคมฉาบงกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสงขลา จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....เลขประจำตัวประชาชน.....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

สถานภาพปัจจุบัน โสด สมรส หย่า หม้าย อื่น ๆ

คู่สมรสที่ถูกต้องตามกฎหมายของข้าพเจ้าชื่อ นาย / นาง.....

ข้าพเจ้าได้ทราบ พ.ร.บ.การฉาบงกิจสงเคราะห์ พ.ศ.2545 ประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2545 และข้อบังคับของสมาคมฉาบงกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสงขลา จำกัด โดยตลอดแล้ว มีความประสงค์ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฉาบงกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสงขลา จำกัด ดังนี้

ประเภท สามัญ

โดยยอมรับปฏิบัติตาม ข้อบังคับของสมาคมฯ หลักเกณฑ์ และเงื่อนไข ที่กำหนดไว้ทุกประการ

1. หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย และข้าพเจ้ามี ภาระหนี้ คงค้างอยู่กับสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสงขลา จำกัด ข้าพเจ้า ยินยอมให้สมาคมฉาบงกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสงขลา จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าว จนเสร็จสิ้นก่อน

2.เงินที่เหลือจากข้อ 1. ข้าพเจ้าขอให้จ่ายเงินค่าสงเคราะห์ให้กับบุคคลดังต่อไปนี้

ให้คนละเท่า ๆ กัน ตามอัตราส่วน

2.1.....เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทรศัพท์.....จำนวนร้อยละ.....

2.2.....เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทรศัพท์.....จำนวนร้อยละ.....

2.3.....เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทรศัพท์.....จำนวนร้อยละ.....

2.4.....เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทรศัพท์.....จำนวนร้อยละ.....

2.5.....เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทรศัพท์.....จำนวนร้อยละ.....

2.6.....เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทรศัพท์.....จำนวนร้อยละ.....

3.หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตายขอมอบให้ นาย/นาง/นางสาว.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....โทรศัพท์มือถือ.....ซึ่งเป็น.....ของข้าพเจ้า เป็นผู้จัดการศพ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

หนังสือยินยอมให้หักเงิน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....

ได้สมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสงขลา จำกัด ของ

ตนเอง คู่สมรส มีความประสงค์ยินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงิน หักเงินเดือน พึ่งได้รับจากทางราชการหรือหน่วยงานที่ข้าพเจ้า สังกัดอยู่ทั้งปัจจุบัน และในอนาคต ตามจำนวนที่ทางสมาคมฯ แจ้งหักในแต่ละเดือน แทนข้าพเจ้าทุกเดือน

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมให้หักเงิน

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ของสมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสงขลา จำกัด และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าบำรุง และ เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับของสมาคมฯ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ

(.....)

(ลงชื่อ).....นายทะเบียนสมาคม

คำสั่งการอนุมัติ

อนุมัติเข้าเป็นสมาชิก เมื่อวันที่.....

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

ปรากฏว่า

นาย / นาง / นางสาว.....

ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบและปราศจากโรคเหล่านี้

- (1) โรคหัวใจ
- (2) โรควัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
- (4) โรคมะเร็งในระยะอันตราย
- (5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- (6) โรคร้ายแรงอื่น ๆ ตามที่แพทย์ระบุ

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ดังนี้.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ**
- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์เพียงพอ หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องออกจากราชการ
 - (3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย



ใบแสดงความจำนงบริจาคเงินให้กับ สส.สค.สข.

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... รหัสสมาชิกสหกรณ์

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....

ศาสนา.....เลขประจำตัวประชาชน..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ จ่ายเงินบริจาค ให้กับสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสงขลา จำกัด
เป็นจำนวนบาท (.....บาทถ้วน) ข้าพเจ้าขอรับรองว่า
เป็นไปด้วยความสมัครใจโดยไม่มีผู้ใดบังคับทั้งสิ้น

(ลงชื่อ).....สมาชิก
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)