

1. สำเนาบัตรประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาบัตร และ สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์



ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ
กองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี (ล้านอุดร)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

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

เลขประจำตัวประชาชน

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

(1) สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขทะเบียนที่.....

(2) ดำรงตำแหน่ง.....หรือปฏิบัติหน้าที่.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....

ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....

(3) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....จังหวัด.....

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

(4) การชำระเงิน ดังนี้

4.1 การชำระเงินครั้งแรก

 ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 100 บาท เงินค่าเบี้ยประกันชีวิต..... บาท

รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน..... บาท (.....)

4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินค่าเบี้ยประกันชีวิต ดังนี้

 ชำระเป็นเงินสดที่ศูนย์ประสานงานกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี (สหกรณ์ต้นสังกัด) ชำระเงินเข้าบัญชีกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี เลขที่บัญชี..... ชำระจากการหักเงินปันผล เฉลี่ยคืน จากสหกรณ์ต้นสังกัด

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบ ข้อบังคับกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานีแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขของกองทุนฯทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)



*** สำหรับเจ้าหน้าที่ ***

สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี (ล้านอุดร)

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิกกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี (ล้านอุดร) และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินเบี้ยประกันชีวิต ตามข้อบังคับ และระเบียบกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี ประกาศ เรื่องการรับสมัครสมาชิกหรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี

เสนอ

เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก กองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี

ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

ความเห็นสำหรับคณะกรรมการกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี

คำสั่ง

อนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก กองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานกองทุนสวัสดิการ



ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ทำการสอบประวัติและตรวจร่างกาย นาย /นาง /นางสาว.....อายุ.....ปี

ปรากฏว่า นาย /นาง /นางสาว.....

ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบและ
ปราศจากประวัติการรักษาโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

- (1) โรคเมเร็งทุกชนิด ทุกระยะ
- (2) โรคหัวใจ
- (3) โรควัณโรคในระยะอันตราย
- (4) โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องฟอกไต
- (5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ () สุขภาพแข็งแรง

() อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) แพทย์สรุปความว่าเป็นผู้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง หรืออื่น ๆ ระบุโรค.....

(3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(4) หากพบว่าเป็นโรค ตาม (1) – (5) หรือโรคอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี จะไม่รับเป็นสมาชิก

(5) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่กองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี กำหนดนี้เท่านั้น เพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก

เรียน ประธานกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บ ตาม

(1) – (5) หากข้าพเจ้ารู้อยู่แล้ว และเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแกล้งข้อความนั้นเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ กองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี ใช้สิทธิตัดรายชื่อพ้นสมาชิกภาพกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ครั้งที่ 1/2564

ลงชื่อ.....(ผู้สมัครสมาชิก)

(.....)ตัวบรรจง



ถ้อยแถลงและให้คำยินยอมของผู้สมัครสมาชิกกองทุนสวัสดิการ (ล้านอุดร)

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิกกองทุนสวัสดิการ กส.อ.ด. ดังนี้

1. มีสุขภาพแข็งแรง
2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
3. ไม่มีจิตรพิษเพื่อนไม่สมประกอบ
4. ประวัติการรักษาโรคดังต่อไปนี้
- | | | | | |
|-----------------------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|----------------|
| 1. โรคมะเร็งทุกชนิด | <input type="checkbox"/> | ไม่มี | <input type="checkbox"/> | มี (ระบุ)..... |
| 2. โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> | ไม่มี | <input type="checkbox"/> | มี (ระบุ)..... |
| 3. โรคภัยโรคในระยะเวลาอันตราย | <input type="checkbox"/> | ไม่มี | <input type="checkbox"/> | มี (ระบุ)..... |
| 4. โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องฟอกไต | <input type="checkbox"/> | ไม่มี | <input type="checkbox"/> | มี (ระบุ)..... |
| 5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง | <input type="checkbox"/> | ไม่มี | <input type="checkbox"/> | มี (ระบุ)..... |

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ **หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้วให้ กส.อ.ด. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์อุดรธานี ตามระเบียบกองทุนสวัสดิการ ได้ทันทีและข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการได้รับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิตรวมทั้งข้าพเจ้าไม่ตั้งใจที่จะเรียกร้องเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวหรือเงินอื่นใดจาก กส.อ.ด. ทั้งสิ้น** โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับของ กส.อ.ด. ทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ กส.อ.ด. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัคร

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์



หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสวัสดิการ
กองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี (ล้านอุดร)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

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

สมาชิกกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี เลขทะเบียนที่.....อยู่บ้านเลขที่.....

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

รหัสไปรษณีย์..... มือถือ.....

1. สถานภาพ

โสด สมรส คู่สมรสชื่อ..... หย่าหรือหม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสวัสดิการ โดยให้กองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี
จ่ายให้กับบุคคล ดังต่อไปนี้

2.1เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.2เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.3เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.4เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.5เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

โดยมีเงื่อนไขดังนี้ ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว ได้รับส่วนแบ่งเท่า ๆ กัน

อื่น ๆ ระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือ
กระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม (ผู้สมัคร)

(.....)

ผู้สมัครสมาชิกกองทุนสวัสดิการ
สหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ กองทุนฯ

(.....)



หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสวัสดิการ
กองทุนสวัสดิการสาธารณสุขออมทรัพย์จังหวัดฉะเชิงเทรา (ล้านอุดร)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้รับผลประโยชน์
ของ (นาย/นาง/นางสาว).....ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่
□□□□□□□□□□□□□□□□ ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....
ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต
.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์
บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....พร้อมผู้
ลงนามยินยอมและมอบอำนาจทำหนังสือนี้ ยินยอมและมอบอำนาจให้สาธารณสุขออมทรัพย์..... จำกัด
เป็นผู้รับเงินกองทุนสวัสดิการสาธารณสุขออมทรัพย์จังหวัดฉะเชิงเทรา แทนข้าพเจ้าเพื่อนำเงินดังกล่าวไปชำระหนี้ของ
(นาย/นาง/นางสาว).....ที่มีต่อสาธารณสุขออมทรัพย์..... จำกัด
จนแล้วเสร็จ และดำเนินการประสานงานกับกองทุนสวัสดิการสาธารณสุขออมทรัพย์จังหวัดฉะเชิงเทรา แทนข้าพเจ้าจนเสร็จ
การ

ข้าพเจ้า/คณะ ขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบ
อำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ(ผู้รับผลประโยชน์)
(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
(.....)(ผู้รับผลประโยชน์)
บัตร ปชช.เลขที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
(.....)(ผู้รับผลประโยชน์)
บัตร ปชช.เลขที่.....

(ลงชื่อ)..... ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
(.....)(ผู้รับผลประโยชน์)
บัตร ปชช.เลขที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
(.....)(ผู้รับผลประโยชน์)
บัตร ปชช.เลขที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้ยินยอมและรับ
มอบอำนาจจริง และได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

(ลงชื่อ).....พยาน (ผู้สมัคร) (ลงชื่อ).....พยาน
(.....) (.....)