

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

สสอต. 1

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์



ใบสมัครสมาชิก

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจ (สสอต.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน

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

(1) ปัจจุบันปฏิบัติงานประจำในตำแหน่ง.....

(2) เป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจ.....จำกัด

(3) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)

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

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

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

(4) สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....

เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

(5) ข้าพเจ้ามีความประสงค์ชำระเงินค่าสมัครสมาชิก เงินค่าบำรุงรายปี และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน.....บาท ดังนี้

ชำระเป็นเงินสด

ชำระจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ของสมาชิก

ชำระจากเงินปันผล, เหลือสิ้น

ชำระจากการเพิ่มเงินกู้ให้สมาชิก

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจ แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

### สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสอต. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ และระเบียบสมาคม ฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจ ประกาศ สสอต. เรื่องรับสมัครสมาชิก สสอต. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

### สำหรับคณะกรรมการ

- คำสั่ง  อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสอต. ตั้งแต่วันที่.....  
(คราวประชุมคณะกรรมการฯ ชุดที่.....ครั้งที่.....เมื่อวันที่.....)
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

(.....)

- นายกสมาคม สสอต.  
 ประธานศูนย์ฯ สอ.....จก.  
 ผู้จัดการศูนย์ฯ สอ.....จก.



หนังสือให้คำยินยอมแสดงเจตนาการมอบเงินสงเคราะห์  
สมาคมสถาปนิกสงเคราะห์สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจ (สสอต.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....บัตรประชาชนเลขที่ .....อายุ.....ปี  
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจ.....จำกัด เลขที่  
.....สังกัดหน่วย..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....  
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน.....  
โทรศัพท์มือถือ..... E-mail ..... ปัจจุบันปฏิบัติงานประจำในตำแหน่ง  
.....สถานที่ทำงาน..... เลขที่..... หมู่ที่.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ที่ทำงาน..... ต่อ.....

1. สถานภาพ

โสด  สมรส คู่สมรสชื่อ.....  หย่า หรือ หม้าย

2. หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิให้ นาย/นาง/นางสาว..... บัตร  
ประชาชนเลขที่ ..... เกี่ยวข้องเป็น..... เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการมอบเงินสงเคราะห์ครอบครัวจากเงินสงเคราะห์ที่ สสอต. พึงจ่าย หลังจากหักเงินค่าจัดการศพให้  
บุคคลที่ระบุตามข้อ 2. แล้ว โดยจ่ายให้กับสหกรณ์ออมทรัพย์ .....จำกัด เท่ากับจำนวน  
หนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้

- 3.1 .....บัตรประชาชนเลขที่ ..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- 3.2 .....บัตรประชาชนเลขที่ ..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- 3.3 .....บัตรประชาชนเลขที่ ..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- 3.4 .....บัตรประชาชนเลขที่ ..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- 3.5 .....บัตรประชาชนเลขที่ ..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- 3.6 .....บัตรประชาชนเลขที่ ..... เกี่ยวข้องเป็น.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาข้างต้นนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆให้  
ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน (สมาชิก สอ.)

(.....)

(ลงชื่อ)..... จนท.ศูนย์ประสานงาน (พยาน)

(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้จัดการศูนย์ประสานงาน (พยาน)

(.....)

(ลงชื่อ)..... ประธานศูนย์ประสานงาน\*

(.....)

หมายเหตุ \*ประธานศูนย์ประสานงาน หรือกรรมการผู้ที่ได้รับมอบหมายจากประธานศูนย์ประสานงาน



# ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

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

ปรากฏว่า

นาย/นาง/นางสาว.....

ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ และปราศจากโรคเหล่านี้

- (1) โรคหัวใจ
- (2) โรควัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
- (4) โรคมะเร็งในระยะอันตราย
- (5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- (6) โรคอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าเป็นอันตราย

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ดังนี้.....

.....

ลงชื่อ

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ

- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องออกจากราชการ
- (3) ใบรับรองแพทย์ต้องเป็นโรงพยาบาลของรัฐ และมีอายุไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย