



โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกช่อง

เอกสารประกอบ

(เริ่มใช้ตั้งแต่ 1 มกราคม 2564 เป็นต้นไป)

- ☐ 1. สำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาบัตรข้าราชการ
และสำเนาทะเบียนบ้านผู้สมัคร
- ☐ 2. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงิน
สวัสดิการที่ระบุในใบสมัคร
- ☐ 3. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
(ตามแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ของ กอจ.)

ใบสมัครสมาชิก

ประเภทสามัญ

กองทุนอุปถัมภ์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. เลขทะเบียนสมาชิก สหกรณ์..... สหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด

☐ เป็นสมาชิกสามัญ ☐ เป็นสมาชิกสมทบ (ประเภทสมทบสหกรณ์ออมทรัพย์) พนักงาน ลูกจ้างชั่วคราว

2. สถานที่ติดต่อที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์มือถือ.....

3. ขอสมัครเป็นสมาชิกกองทุนอุปถัมภ์ (กอจ.)

4. การชำระเงินค่าสมัครและเบี้ยประกัน ดังนี้

4.1 การชำระเงินครั้งแรกเริ่มสมัครเป็นเงิน.....บาท (ค่าสมัคร 100 บาท และเป็นประกัน.....บาท)

4.2 การชำระครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเบี้ยประกันอายุ กอจ. ดังนี้

☐ ชำระเป็นเงินสด ที่ กอจ. หรือศูนย์ประสานงาน กอจ.

☐ ชำระจากเงินปันผล เหลือคืน จากสหกรณ์ต้นสังกัด

☐ โอนเข้าระบบ บัญชี ของธนาคารกรุงไทย สาขา ตลาดบ้านคู ชื่อบัญชี สหกรณ์ออมทรัพย์

สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำกัด เลขที่บัญชี 322-149493-9

5. หากข้าพเจ้าเสียชีวิต ข้าพเจ้ายินยอมมอบเงินสวัสดิการสงเคราะห์ให้สหกรณ์ต้นสังกัด เพื่อชำระหนี้ของข้าพเจ้า (กรณีสหกรณ์ต้นสังกัดเป็นศูนย์
ประสานงาน และส่วนที่เหลื่อมมอบให้บุคคล ตามที่กำหนดไว้ในใบสมัคร กอจ.)

6. ข้าพเจ้าขอสัญญาว่า เมื่อคณะกรรมการอนุมัติให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตาม ข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ ของกองทุนสวัสดิการ
อุปถัมภ์ ทุกประการ

7. ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง (ไม่เคยมีประวัติการรักษาโรคตามใบรับรอง
แพทย์ กอจ. กำหนด) มาก่อนวันสมัคร ตามข้อบังคับ..... หากข้าพเจ้ารู้แล้ววันเสียไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแถลงข้อความนั้นเป็นความเท็จ
ข้าพเจ้ายินยอมให้ กอจ. ใช้สิทธิตัดรายชื่อนั้นสมาชิกภาพ ตามข้อบังคับ.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ลงชื่อ.....กรรมการสหกรณ์/เจ้าหน้าที่กองทุนต้นสังกัด

(.....)



สำหรับเจ้าหน้าที่กองทุนอุบลอุ๋นใจ ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิกกองทุนอุบลอุ๋นใจ

และได้แนบหลักฐานการประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินเบี้ยประกันชีวิต ตามข้อบังคับและระเบียบกองทุนอุบลอุ๋นใจ ประกาศ เรื่องการรับสมัครสมาชิกหรือการเปิดรับสมัครสมาชิกเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานกองทุนอุบลอุ๋นใจ

เสนอ

☐ เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก กองทุนอุบลอุ๋นใจ

☐ ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

ความเห็นของคณะกรรมการกองทุนอุบลอุ๋นใจ

คำสั่ง

☐ อนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก กองทุนอุบลอุ๋นใจ

☐ ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานกองทุนอุบลอุ๋นใจ



หนังสือแสดงเจตนาารมณ์มอบเงินสงเคราะห์

กองทุนอุปถัมภ์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

กองทุนอุปถัมภ์ เลขทะเบียนที่..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์มือถือ.....

1.สถานภาพ

☐ โสด ☐ สมรส คู่สมรสชื่อ..... ☐ หย่า หรือ หม้าย

2.ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาารมณ์มอบเงินสงเคราะห์ที่ กอง. พึงจ่ายให้ผู้จัดการสหภาพเจ้า

คือ.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า(10%ของเงินสงเคราะห์)

ส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์คือ

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

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

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

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

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

โดยมีเงื่อนไขดังนี้ ☐

ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว

☐

ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆกัน

☐

อื่นๆระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ผู้สมัครสมาชิก กอง.

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ กอง.

(.....)



ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ทำการตรวจสอบประวัติและตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว.....อายุ.....ปี

ปรากฏว่า นาย / นาง / นางสาว.....

ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ และ ปราศจากประวัติการรักษาโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

- (1) โรคเมเร็งทุกชนิด / ทุกระยะ
- (2) โรคหัวใจ
- (3) โรคหัวใจ
- (4) โรคปอดเรื้อรัง
- (5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
- (6) ภาวะไตวาย (ล้างไต)
- (7) โรคเอดส์
- (8) โรคตับแข็ง
- (9) โรคเอสแอลอี (SLE)
- (10) โรคอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

() สุขภาพแข็งแรง

() อื่นๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันขึ้นหนึ่งจากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) แพทย์สรุปความเป็นผู้มีสุขภาพแข็งแรง หรืออื่นๆ ระบุโรค.....

(3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(4) หากพบว่าเป็นโรคตาม (1)-(9) หรือโรคอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย กองทุนอุปถัมภ์ใจ จะไม่รับเป็นสมาชิก

(5) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่กองทุนสวัสดิการอุปถัมภ์ใจ กำหนดเท่านั้น เพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก

เรียน ประธานกองทุนสวัสดิการอุปถัมภ์ใจ

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บ ตาม (1)-(5) หากข้าพเจ้า รู้ตัวอยู่แล้ว และเว้นเสียไม่เปิดเผย

ความจริงหรือแถลงข้อความนั้นเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ กองทุนอุปถัมภ์ใจ ใช้สิทธิตัดรายชื่อนี้สมาชิกภาพกองทุนอุปถัมภ์ใจ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการครั้งที่.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัครสมาชิก

(.....) ตัวจริง

