

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบสำคัญเปลี่ยนชื่อ-สกุล(ถ้ามี)
5. ใบด้อยแถลงและให้คำยินยอมของผู้สมัครสมาชิก
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์



ใบสมัครสมาชิก

กองทุนสวัสดิการสาธารณสุขอุบลราชธานี

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

เลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

(1) สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด สมาชิกเลขที่..... สามัญ สมทบ

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

สถานที่ปฏิบัติงาน/ชื่อหน่วยงาน.....ตำบล(แขวง).....

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

โทรศัพท์(ที่ทำงาน).....โทรศัพท์มือถือ.....

(3) สถานที่อยู่(ตามทะเบียนบ้าน)

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

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

โทรศัพท์(ที่บ้าน).....โทรศัพท์มือถือ.....

(4) การชำระเงิน ดังนี้

4.1 การชำระเงินครั้งแรก

ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 100 บาท

เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า.....บาท

รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน.....บาท

4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ดังนี้

ชำระเป็นเงินสดที่กองทุนฯ

ชำระจากเงินปันผล เหลือคืน จากสหกรณ์ฯต้นสังกัด

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบ ข้อบังคับกองทุนสวัสดิการสาธารณสุขอุบลราชธานี มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)



คำรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก

ผู้รับรองต้องเป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการสาธารณสุขอุบลราชธานี

ข้าพเจ้า.....สมาชิกกองทุนสวัสดิการสาธารณสุขอุบลราชธานี ทะเบียนเลขประจำตัว.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต......อ......จ.อุบลราชธานี.....โทรศัพท์.....ขอรับรองว่า
ผู้สมัคร..... มีคุณสมบัติตามข้อบังคับ ข้อ 9 ของกองทุนสวัสดิการสาธารณสุขอุบลราชธานี

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

วันที่...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่กองทุนสวัสดิการสาธารณสุขอุบลราชธานี

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สอช. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ และระเบียบกองทุนสวัสดิการสาธารณสุขอุบลราชธานี ประกาศ สอช. เรื่องการรับสมัครสมาชิก สอช. หรือการเปิดรับสมัครในกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่กองทุนฯ

ความเห็นของคณะกรรมการกองทุนสวัสดิการสาธารณสุขอุบลราชธานี

เสนอ เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สอช.

ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

กรรมการกองทุน

ความเห็นสำหรับคณะกรรมการกองทุน สอช

คำสั่ง อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สอช. ตั้งแต่วันที่.....

ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการกองทุน ครั้งที่...../25.....เมื่อวันที่.....

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ

(นายอุทัย เลียงหิรัญถาวร)

ตำแหน่ง ประธานกองทุน



หนังสือแสดงเจตนาขออนุมัติเงินสงเคราะห์
กองทุนสวัสดิการสาธารณสุขอุบลราชธานี

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.
ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.
กองทุนสวัสดิการสาธารณสุขอุบลราชธานี เลขทะเบียนที่..... อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....

1.สถานภาพ

โสด สมรส คู่สมรสชื่อ..... หย่า/หม้าย

2.ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาขออนุมัติเงินสงเคราะห์ที่ สอช. ฝั่งจ่ายให้ผู้จัดการศพข้าพเจ้า

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

โดยมีเงื่อนไข ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆกัน

อื่นๆระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ปราม หรือกระทำการใดๆ
ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำยินยอม
(.....)

ผู้สมัครสมาชิก สอช.

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ สอช.
(.....)



**ถ้อยแถลงและให้คำยินยอมของผู้สมัครสมาชิก
กองทุนสวัสดิการสาธารณสุขอุบลราชธานี (สอช.)**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิกกองทุน สวัสดิการสาธารณสุขอุบลราชธานี (สอช.) ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- 3. ไม่มีจิตรพันเพื่อนไม่สมประกอบ
- 4. ประวัติการรักษาโรคดังต่อไปนี้
 - 4.1 โรคมะเร็งทุกชนิด ไม่มี (ระบุ).....
 - 4.2 โรคหัวใจ ไม่มี (ระบุ).....
 - 4.3 โรคคว้นโรคในระยะอันตราย ไม่มี (ระบุ).....
 - 4.4 โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องฟอกไต ไม่มี (ระบุ).....
 - 4.5 โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ไม่มี (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้วให้กองทุนสวัสดิการสาธารณสุขอุบลราชธานี (สอช.) ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิกตามระเบียบของกองทุนฯ ได้ทันที และข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการได้รับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้งข้าพเจ้าไม่คิดใจที่จะเรียกร้องเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวหรือเงินอื่นใดจากกองทุนฯ ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับของกองทุนฯ ทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้กองทุนฯ ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....

(.....)

(ผู้สมัครสมาชิก สอช.)

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน (เจ้าหน้าที่กองทุนฯ)

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน (ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)