



สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย จำกัด

ที่ตั้ง สหกรณ์ออมทรัพย์ครูเลย จำกัด

เลขที่ 510 หมู่ 9 ถนนเจริญรัฐ บ้านติดต่อก ตำบลนาอาน อำเภอเมือง จังหวัดเลย 42000

โทร.042-814493-4 โทรสาร 042-814419

<http://www.thaiftsc-ca.com> E-mail:ftsc.coop@gmail.com

ที่ ว 326 / 2555

25 มิถุนายน 2555

เรื่อง ชี้แจงเพิ่มเติมตามใบประกาศ สสอค. ลำดับที่ 42/2555

เรียน ผู้บริหารหน่วยงานและผู้บริหารสถานศึกษาสังกัด กทม.

อ้างถึง หนังสือ สสอค. ที่ 287/2555 ลว 31 พฤษภาคม 2555

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบฟอร์มใบสมัครสมาชิกประเภทสามัญ จำนวน 1 ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง สสอค. ได้ส่งประกาศรับสมัครสมาชิกประเภทสามัญและสมาชิกสมทบ (เฉพาะคู่สมรสสมาชิกสามัญ) โดยกำหนดช่วงเวลารับสมัคร ระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน ถึง 15 สิงหาคม 2555 ความละเอียดแล้วนั้น เนื่องจากมีข้อความในประกาศบางประการที่อาจทำให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนในสาระสำคัญ เป็นผลให้สมาชิกสหกรณ์เสียโอกาสสมัครเข้าเป็นสมาชิก สสอค. ตามประกาศคราวนี้

ดังนั้น ป้องกันปัญหาดังกล่าว สสอค. จึงขอชี้แจงรายละเอียดเพิ่มเติมความในข้อ 1.1 (1) ที่กำหนดเงื่อนไขผู้สมัคร “ **ต้องเป็นสมาชิกประเภทสามัญ ของสหกรณ์ออมทรัพย์ในสังกัดหรือในกำกับ กระทรวงศึกษาธิการนั้น** ” **ความดังกล่าวให้หมายรวมถึงสมาชิกประเภทสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ครู กรุงเทพมหานคร จำกัด** ” ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและขอความอนุเคราะห์แจ้งสมาชิกสหกรณ์ในสังกัดท่านทราบจักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุรศักดิ์ ยศปัญญา)

ผู้จัดการสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์
สมาชิกชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย

โปรดเขียนด้วยบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ

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



ใบสมัครสมาชิก

สมาคมพัฒนาจิตสงเคราะห์สมาชิกชุมชนมุสลิมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอ.ค.)

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

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

เลขที่ประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่เดือน.....พ.ศ. คู่สมรสชื่อ.....

(1) ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ สมาชิกสามัญของสหกรณ์.....และเป็น

ผู้บริหารการศึกษา ผู้บริหารสถานศึกษา ครู บุคลากรทางการศึกษา

ลูกจ้างประจำ นักวิชาการศึกษา อื่นๆ ระบุ.....

(2) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)

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

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

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

(3) สถานที่ปฏิบัติงาน/ชื่อหน่วยงาน.....

อำเภอ (เขต)..... จังหวัด.....

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....

(4) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรกจำนวน.....บาท ดังนี้

ชำระเป็นเงินสด ชำระจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ของสมาชิก

ชำระจากเงินปันผล, เติลี่ยคืน ชำระจากการเพิ่มเงินกู้ให้สมาชิก

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจในวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมพัฒนาจิตสงเคราะห์สมาชิกชุมชนมุสลิมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
 (.....)

สมาชิก สอ.....เลขที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบและขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสอ. และได้แนบหลักฐาน ประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ และระเบียบ สมาคมฉาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย ประกาศ สสอ. เรื่องรับสมัครสมาชิก สสอ. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการ

คำสั่ง อนุมัติรับเขาเป็นสมาชิก สสอ. ตั้งแต่วันที่.....

(คราวประชุมเมื่อวันที่.....)

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- นายก สสอ.
 ประธาน สอ.....
 ผู้จัดการ สอ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ใบสมัครและเอกสารประกอบดาวน์โหลดได้จาก www.thaiftsc.com หรือ

www.Thaitfsc-ca.com หรือ E-mail.ftsc.coop1@gmail.com



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) โรคอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าเป็นอันตราย

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ดังนี้.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องออกจากราชการ

(3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับผลประโยชน์
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนนุสกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขทะเบียนที่.....สังกัดหน่วย.....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

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

โทรศัพท์.....มือถือ.....ทำงานประจำในตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....ตำบล.....

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

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....ต่อ.....

1. สถานภาพ

โสด

สมรส คู่สมรสชื่อ.....

หย่า

หม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับผลประโยชน์จากเงินสงเคราะห์ สสอ. พึ่งจ่าย โดยจ่ายให้กับบุคคล ดังต่อไปนี้

2.1.....เกี่ยวข้องเป็น.....

2.2.....เกี่ยวข้องเป็น.....

2.3.....เกี่ยวข้องเป็น.....

2.4.....เกี่ยวข้องเป็น.....

2.5.....เกี่ยวข้องเป็น.....

2.6.....เกี่ยวข้องเป็น.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

3. ข้าพเจ้าในฐานะสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนนุสกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอ.) ยินยอมให้
ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินเดือน หักเงินที่เกี่ยวข้องกับการนี้และเงินสงเคราะห์ศพหรือสงเคราะห์ศพล่วงหน้าตามที่เรียก
เก็บตั้งแต่วันที่สหกรณ์ออมทรัพย์ครูลงกู้เพื่อจ่ายให้ สสอ. เป็นต้นไป

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(ลงชื่อ).....พยาน

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ สสอ.

(ลงชื่อ).....ผู้มีอำนาจลงนาม สสอ.

(.....)