



# สมาคมงานกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย

เลขที่ 199/8 หมู่ที่ 2 ถนนนครินทร์ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130

ที่ สส.ชสอ.ว.32/2563

1 ตุลาคม 2563

เรื่อง ยกเลิกประกาศ สส.ชสอ. ฉบับที่ 15/2563

เรียน ประธานกรรมการศูนย์ประสานงาน สส.ชสอ. ประจำสหกรณ์ออมทรัพย์ทุกศูนย์

- อ้างถึง 1. สส.ชสอ.ว.30/2563 เรื่อง แก้ไขแบบฟอร์มคำรับรองสุขภาพตนเอง ลงวันที่ 3 กันยายน 2563
2. ประกาศ สส.ชสอ. ฉบับที่ 15/2563 ลงวันที่ 3 กันยายน 2563

- |                  |                                                                 |              |
|------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | 1. ประกาศ สส.ชสอ. ฉบับที่ 17/2563 ลงวันที่ 30 กันยายน 2563      | จำนวน 1 ฉบับ |
|                  | 2. แบบฟอร์มคำรับรองสุขภาพตนเอง สส.ชสอ.ส.5 (30 ก.ย.63)           | จำนวน 1 ฉบับ |
|                  | 3. รายงานการประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่ 5 ครั้งที่ 13/2563 | จำนวน 1 ฉบับ |

ด้วยมติคณะกรรมการดำเนินการสมาคมงานกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.) ชุดที่ 5 ในคราวประชุมครั้งที่ 13/2563 วันที่ 30 กันยายน 2563 มีมติ ดังนี้

1. ให้ยกเลิกประกาศ สส.ชสอ. ฉบับที่ 15/2563 ลงวันที่ 3 กันยายน 2563 และให้ใช้ประกาศ สส.ชสอ. ที่ 17/2563 ลงวันที่ 30 กันยายน 2563 เรื่อง การกำหนดโรคที่ไม่รับเป็นสมาชิก สส.ชสอ. แทน

2. ปรับปรุงแบบฟอร์มคำรับรองสุขภาพตนเอง สส.ชสอ.ส.5 และกำหนดหลักเกณฑ์ในการเปิดรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. โดยมีรายละเอียดดังนี้

- 2.1. ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์แผนปัจจุบันขึ้นหนึ่งจากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือใช้แบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ของ สส.ชสอ.
- 2.2. ให้ผู้สมัครแนบแบบคำรับรองสุขภาพตนเอง สส.ชสอ.ส.5 (30 ก.ย. 63) โดยให้ผู้สมัครรับรองประวัติการรักษาโรคตามประกาศ ฉบับที่ 17/2563 เรื่อง การกำหนดโรคที่ไม่รับเป็นสมาชิก (สิ่งที่ส่งมาด้วย 1)
- 2.3. รูปถ่ายสมาชิก ที่ถ่ายในวันสมัครที่ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์ พร้อมพิมพ์ใส่กระดาษ A4

กรณีสมาชิกเสียชีวิตภายใน 1 ปี หลังจากวันที่ได้รับสิทธิการเป็นสมาชิก สส.ชสอ. ด้วยโรคตามประกาศ ฉบับที่ 17/2563 ลงวันที่ 30 กันยายน 2563 ทาง สส.ชสอ. ถือว่าขาดคุณสมบัติการเป็นสมาชิก สส.ชสอ. นับแต่วันที่สมัคร ทั้งนี้ ขอให้ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์ประชาสัมพันธ์ให้สมาชิกทราบตามรายละเอียดดังกล่าวข้างต้น โดยมีผลตั้งแต่วันที่ 8 ตุลาคม 2563 เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

- เรียน  หน.ฝ่ายอำนวยการ *ประวิทย์ วัฒนวิทย์*
- ผช.ผู้จัดการ/หน.ฝ่ายการเงิน
- หน.ฝ่ายบัญชี
- หน.ฝ่ายบริหารและประสานงาน
- หน.งานทะเบียนและประมวลผล
- เพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

(นายอุทัย ศรีเทพ)

อุปนายกสมาคม

ปฏิบัติหน้าที่แทนนายกสมาคมงานกิจสงเคราะห์

สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย

สส.ชสอ. (ฝ่ายทะเบียน)

โทร. 02-496-1048, 02-496-1251-2

โทรสาร. 02-496-1253



## ประกาศ

สมาคมฯ ปกีสงเคราะห้สหกรณ้สมาชิกของชุมนุมสหกรณ้ออมทรพีแห่งประเทศไทย

ที่ 17/2563

เรื่อง การกำหนดโรคที่ไม่รับเป็นสมาชิก สส.ชสอ.

ด้วย มติคณะกรรมการดำเนินการสมาคมฯ ปกีสงเคราะห้สหกรณ้สมาชิกของชุมนุมสหกรณ้ออมทรพีแห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.) ชุดที่ 5 ในคราวประชุมครั้งที่ 13/2563 เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2563 มีมติให้ยกเลิกประกาศ สส.ชสอ. ฉบับที่ 15/2563 ลงวันที่ 3 กันยายน 2563 และให้ใช้ประกาศ สส.ชสอ. ที่ 17/2563 ลงวันที่ 30 กันยายน 2563 เรื่อง การกำหนดโรคที่ไม่รับเป็นสมาชิก สส.ชสอ. แทน ดังนี้

1. โรคมะเร็ง
2. โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด
3. โรควัณโรคในระยะอันตราย
4. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
5. โรคเอดส์
6. โรคเอสแอลอี (SLE)
7. โรคตับแข็ง
8. โรคปอดเรื้อรัง
9. ภาวะไตวาย (ล้างไต)

กรณีสมาชิกเสียชีวิตภายใน 1 ปี หลังจากวันที่ได้รับสิทธิการเป็นสมาชิก สส.ชสอ. ด้วยโรคตาม ข้อ 1-9 ทาง สส.ชสอ. ถือว่าขาดคุณสมบัติการเป็นสมาชิก สส.ชสอ. นับแต่วันที่สมัคร (กรณีสมัครสมาชิกใหม่ตั้งแต่วันที่ 8 ตุลาคม 2563) ทั้งนี้ ขอให้ศูนย์ประสานงานสหกรณ้ออมทรพีประชาสัมพันธ์ให้สมาชิกทราบตามรายละเอียดดังกล่าวข้างต้น โดยมีผลตั้งแต่วันที่ 8 ตุลาคม 2563 เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ 30 กันยายน 2563

(นายอุทัย ศรีเทพ)

อุปนายกสมาคม

ปฏิบัติหน้าที่แทนนายกสมาคมฯ ปกีสงเคราะห้  
สหกรณ้สมาชิกของชุมนุมสหกรณ้ออมทรพีแห่งประเทศไทย



## แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....

เลขประจำตัวประชาชน -- อายุ ..... ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. ดังนี้

1. มีสุขภาพแข็งแรง
2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้
- |                               |                                |                             |           |
|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------|
| (4.1) โรคเมะเร็ง              | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ..... |
| (4.2) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด  | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ..... |
| (4.3) โรคฉี่หนูในระยยะอันตราย | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ..... |
| (4.4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง    | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ..... |
| (4.5) โรคเอดส์                | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ..... |
| (4.6) โรคเอสแอลอี (SLE)       | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ..... |
| (4.7) โรคตับแข็ง              | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ..... |
| (4.8) โรคปอดเรื้อรัง          | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ..... |
| (4.9) ภาวะไตวาย (ล้างไต)      | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ..... |
5. โรคร้ายแรงอื่นๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่า บันทึกถ้อยคำดังกล่าวที่ได้ให้ไว้ ข้างต้น เป็นความจริงทุกประการหาก บันทึกถ้อยคำที่ได้แจ้งไว้ไม่ตรงกับความเป็นจริงแล้ว ขอให้ สส.ชสอ. ตัดสิทธิให้ข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติการเป็นสมาชิกได้ตามมติคณะกรรมการ สส.ชสอ. ข้าพเจ้าและผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิและใช้สิทธิใดๆ ในการที่ได้รับเงินสงเคราะห์ตามที่กำหนด เมื่อข้าพเจ้าได้เสียชีวิตตามข้อ (4.1)-(4.9) ทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบเงื่อนไขและข้อกำหนดแล้วว่าภายใน 1 ปีนับแต่ที่ สส.ชสอ. มีมติรับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว หากข้าพเจ้าเสียชีวิตไปก่อนครบกำหนด 1 ปี ทาง สส.ชสอ. จะไม่จ่ายเงินสงเคราะห์ให้ผู้รับเงินสงเคราะห์

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า และขอมอบอำนาจให้ สส.ชสอ. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ .....

ตัวบรรจง (.....)

(ผู้สมัครสมาชิก สส.ชสอ.)

ลงชื่อ .....

ลงชื่อ .....

ตัวบรรจง (.....)

ตัวบรรจง (.....)

พยาน (เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน)

พยาน (ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)