

ใบสมัครเข้าร่วมกองทุนสวัสดิการสมาชิกตำรวจ

เขียนที่.....

วัน.....เดือน..... พ.ศ.....

เรียน ประธานกองทุนสวัสดิการสมาชิกตำรวจ

ข้าพเจ้า.....อายุ..... ปี สมาชิกกองทุนฯ
เลขทะเบียนที่.....ที่ทำงานสังกัด.....ตำแหน่ง.....
ที่อยู่ปัจจุบัน ที่ติดต่อได้สะดวกอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์(บ้าน).....โทรศัพท์(มือถือ).....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์สมัครเข้าร่วมเป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการสมาชิกตำรวจ และได้ทราบ
หลักเกณฑ์ของกองทุนฯ เป็นอย่างดีแล้ว จึงขอให้ถ้อยคำเป็นหลักฐาน ดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้าสัญญาว่า เมื่อข้าพเจ้าเป็นสมาชิกกองทุนฯ ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินเดือนหรือเงินปัน
ผลประจำปี ร่วมบริจาคเข้าบัญชีเงินฝากไว้ซื้อเงินกองทุนสวัสดิการสมาชิกตำรวจ

ข้อ 2. ในกรณีข้าพเจ้าไม่สามารถให้หักเงินเดือนหรือมียอดคงค้างร่วมบริจาคเงินแก่กองทุนฯ ได้
ข้าพเจ้ายินยอมให้นำเงินปันผลและเงินเฉลี่ยคืนที่ร่วมบริจาคเงินกองทุนฯคงค้างทั้งหมด

ข้อ 3. เมื่อข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกกองทุนฯ แล้ว จะปฏิบัติตามระเบียบ มติ คำสั่ง และประกาศของ
กองทุนสวัสดิการสมาชิกตำรวจทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

หนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับผลประโยชน์

เขียนที่.....

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ประธานกองทุนสวัสดิการสมาชิกตำรวจ

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....อายุ.....ปี

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....

จังหวัด..... สโมสรสมาชิกกองทุนสวัสดิการสมาชิกตำรวจ พ.ศ.2562 ขอแสดงเจตนาระบุตัว

ผู้รับผลประโยชน์ ในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่ความตายในระหว่างเป็นสมาชิกกองทุนฯ โดยขอระบุชื่อผู้รับ
ผลประโยชน์ตามลำดับดังนี้

ลำดับที่ 1 ขอมอบให้ (ระบุความเกี่ยวข้องให้ชัดเจน) ดังนี้

1.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

2.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

3.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

4.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

5.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงเจตนา

(.....)

...../...../.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

บันทึกการพิจารณาให้ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

วันที่.....

ข้าพเจ้าได้พิจารณาตามความรู้เห็น และตามที่ได้สอบถามผู้ที่สมัครเข้าร่วมกองทุนสวัสดิการสมาชิกตำรวจ (เห็นสมควรที่กองทุนฯ จะให้สมาชิกสามารถสมัครเข้าร่วมได้หรือไม่)

- ไม่อยู่ในระหว่างถูกฟ้องคดีแพ่งและอาญา
- ไม่อยู่ในระหว่างถูการสอบสวนทางวินัย
- ไม่อยู่ในระหว่างการยื่นขอลาออกจากราชการเพื่อขอรับบำเหน็จ , บำนาญ
- ผ่านการตรวจสอบคุณสมบัติการสมัครเข้าร่วมกองทุนฯ

เห็นควร

ลายมือชื่อ.....ตำแหน่ง

(.....)

กองทุนสวัสดิการสมาชิกตำรวจ
หนังสือยินยอมให้นำเงินเดือนของสมาชิกบริจาค
เข้าบัญชีกองทุนสวัสดิการสมาชิกตำรวจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ประธานกองทุนสวัสดิการสมาชิกตำรวจ

ข้าพเจ้า.....สมาชิกกองทุนฯ ทะเบียนที่.....
สังกัด.....ที่อยู่ปัจจุบัน.....
โทรศัพท์.....บัตรประจำตัวประชาชน หมายเลข.....
ออกโดย.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้นำเงินเดือนของข้าพเจ้าบริจาคเข้าบัญชีกองทุนสวัสดิการสมาชิกตำรวจ
ฝากโดยหักเงินได้รายเดือน และมีความประสงค์ ดังต่อไปนี้

1. ยินยอมให้กองทุนฯ เก็บเงินบริจาคจากเงินได้รายเดือน ตามประกาศกองทุนสวัสดิการสมาชิก
ตำรวจปี 2562
2. ในกรณีข้าพเจ้าเสียชีวิต และปรากฏว่ายังมีหนี้สินค้ำชำระอยู่กับสหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจ
เชียงใหม่ จำกัด ข้าพเจ้ายินยอมให้ทางกองทุนฯ นำเงินบริจาคกองทุนสวัสดิการสมาชิกตำรวจ มาชำระหนี้สิน
กับสหกรณ์ฯก่อนให้ครบจำนวนค้ำชำระทั้งหมดจึงจะมอบให้แก่ทายาทผู้รับผลประโยชน์ตามที่สมาชิกได้ระบุไว้

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ใบรับรองแพทย์

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก กองทุนสวัสดิการสมาชิกตำรวจ

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน ข้าพเจ้ามีประวัติสุขภาพ ดังนี้

โรคตามข้อ (3.1) – (3.9) ในส่วนที่ 2 ของแพทย์ ไม่มี มี (ระบุ).....

โรคประจำตัวอื่น ๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ตรวจร่างกายและสอบถามประวัติ ของ.....แล้ว มีรายละเอียด ดังนี้

- (1) ไม่เป็นผู้กายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- (2) ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
- (3) ประวัติการรักษาโรคต่อไปในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

3.1 โรคมะเร็ง ไม่มี มี (ระบุ).....

3.2 โรคหัวใจ ไม่มี มี (ระบุ).....

3.3 โรคหัวใจ ไม่มี มี (ระบุ).....

3.4 โรคปอดเรื้อรัง ไม่มี มี (ระบุ).....

3.5 โรคเบาหวานขั้นรุนแรง ไม่มี มี (ระบุ).....

3.6 ภาวะไตวาย (ล้างไต) ไม่มี มี (ระบุ).....

3.7 โรคเอดส์ ไม่มี มี (ระบุ).....

3.8 โรคตับแข็ง ไม่มี มี (ระบุ).....

3.9 โรคเอสแอลอี (SLE) ไม่มี มี (ระบุ).....

(4) โรคร้ายแรงอื่น ๆ (ระบุ).....

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์.....



ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) หากพบว่าเป็นโรค ตามข้อ (3) หรือตามที่คณะกรรมการกองทุนฯ เห็นว่าอันตรายให้การสมัครเป็นสมาชิกตกเป็นโมฆะทันที

(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามที่แบบกองทุนสวัสดิการสมาชิกตำรวจ กำหนดนี้เท่านั้น เพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการสมาชิกตำรวจ

ถ้อยแถลงและให้การยินยอมของผู้สมัครสมาชิก กองทุนสวัสดิการสมาชิกตำรวจ

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

ข้าพเจ้า.....

เลขประจำตัวประชาชน อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก กองทุนสวัสดิการสมาชิกตำรวจ ดังนี้

1. มีสุขภาพแข็งแรง
2. ไม่เป็นผู้กายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

- | | | |
|--------------------------|--------------------------------|---|
| 4.1 โรคมะเร็ง | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| 4.2 โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| 4.3 โรควัณโรค | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| 4.4 โรคปอดเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| 4.5 โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| 4.6 ภาวะไตวาย (ล้างไต) | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| 4.7 โรคเอดส์ | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| 4.8 โรคตับแข็ง | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| 4.9 โรคเอสแอลอี (SLE) | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |

5. โรคร้ายแรงอื่น ๆ (ระบุ)

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้ว ให้ กองทุนสวัสดิการสมาชิกตำรวจ ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิกกองทุนฯ ตามระเบียบกองทุนสวัสดิการสมาชิกตำรวจ พ.ศ.2564 ได้ทันที และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินบริจาคช่วยเหลือของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใด ๆ และขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับบริจาคช่วยเหลือครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้ง ข้าพเจ้าไม่ตั้งใจที่จะเรียกร้องเงินบริจาคช่วยเหลือหรือเงินอื่นใดจากกองทุนสวัสดิการสมาชิกตำรวจ ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามระเบียบของกองทุนฯทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ กองทุนฯ ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัครสมาชิกกองทุนสวัสดิการสมาชิกตำรวจ

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/เจ้าหน้าที่กองทุนฯ

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน