



ที่ ศธ 521075/005

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาอุบลราชธานี อำนาจเจริญ  
 เลขรับที่ 5 31 2566  
 วันที่ 5 ม.ค. 2566 เวลา 11:11  
 1. หน่วยงาน  
 2. การเงินและบริหาร  
 3. บุคคล  
 4. ศึกษานิเทศก์  
 5. ส่งเสริมและพัฒนา  
 6. สำนักงาน สกสค.จังหวัดอุบลราชธานี  
 7. ส่งเสริมและพัฒนา  
 อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000

3 มกราคม 2566

เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค.และ สมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษเนื่องในโอกาสครบรอบ 20 ปี  
ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค.

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา อุบลราชธานี อำนาจเจริญ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. หลักเกณฑ์และวิธีการสมัครสมาชิก ช.พ.ค. กรณีพิเศษ จำนวน 1 ชุด  
 2. หลักเกณฑ์และวิธีการสมัครสมาชิก ช.พ.ส. กรณีพิเศษ จำนวน 1 ชุด

ด้วยคณะกรรมการ ช.พ.ค. และคณะกรรมการ ช.พ.ส. ในการประชุม ครั้งที่ 12/2565 (นัดพิเศษ)  
 วันที่ 19 ธันวาคม 2565 มีมติให้เปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. และ ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 20 ปี  
 ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. สำหรับผู้ที่มีอายุเกิน 35 ปีขึ้นไป จนถึง 60 ปี (นับถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2566)  
 และผู้ที่เคยลาออกจากการเป็นสมาชิก ยกเว้นสมาชิกที่ถูกถอนชื่อ โดยเปิดรับสมัคร ระหว่างวันที่ 5 มกราคม 2566  
 ถึงวันที่ 4 เมษายน 2566 ในวันและเวลาทำการ ตั้งแต่เวลา 08.30 น. - 16.30 น. โดยมีหลักเกณฑ์และวิธีการสมัคร  
 สมาชิก ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1 และ 2

ในการนี้ สำนักงาน สกสค.จังหวัดอุบลราชธานี ใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน ประชาสัมพันธ์ให้แก่  
 ครูและบุคลากรทางการศึกษาในสังกัดของท่านทราบ โดยให้ผู้ที่ต้องการสมัครเป็นสมาชิกติดต่อสมัครด้วยตนเอง ที่  
 สำนักงาน สกสค.จังหวัดอุบลราชธานี ตาม วัน เวลา ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ครูและบุคลากรทางการศึกษาในสังกัดของท่านทราบ  
 โดยทั่วกันด้วย จักขอบคุณยิ่ง

- เชื้อ น. ผด.ศ.พ.ม.อนคค

ขอแสดงความนับถือ

- ผอ. สกสค.จังหวัดอุบลราชธานี

คณะกรรมการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. และ ช.พ.ส.

นางสมใจ บุญเจริญ (นางสมใจ บุญเจริญ)

ทางเว็บไซต์ สกสค.อนคค.

นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ รักษาการแทน

- จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ผู้อำนวยการสำนักงาน สกสค.จังหวัดอุบลราชธานี

- ทราบ/หือประชาสัมพันธ์สู่ครูและบุคลากรทางการศึกษา

- เรียบ ผด.ศ.พ.ม.อนคค เพื่อโปรดทราบ

งานผู้อำนวยการ

บ.ม.ค.บ.บ.

โทรศัพท์. 0 4542 2081 - 3

โทรศัพท์เคลื่อนที่. 08 126517105

ผู้อำนวยการสำนักงาน

(นางสาวทศพร ทักษิมา)

รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาอุบลราชธานี อำนาจเจริญ

นางสาวกนิษฐา ทองเลิศ

(นางสาวกนิษฐา ทองเลิศ)

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาอุบลราชธานี อำนาจเจริญ

## หลักเกณฑ์และวิธีการสมัครสมาชิก ช.พ.ค. กรณีพิเศษ

1. ผู้สมัครสมาชิกต้องยื่นใบสมัคร (แบบ ผค. 1) ด้วยตนเอง ณ สำนักงาน สกสค. จังหวัดอุบลราชธานี
2. เอกสารประกอบการสมัคร มีดังต่อไปนี้
  - 2.1 ใบรับรองแพทย์  
(ออกให้โดยแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐ หรือเอกชน หรือคลินิก ซึ่งขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบรับรองแพทย์ใช้ได้ไม่เกิน 1 เดือน นับแต่วันที่ได้มีการตรวจร่างกาย)
  - 2.2 สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ หรือสำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 2 ฉบับ
  - 2.3 สำเนาใบสำคัญการสมรส / ใบสำคัญการหย่า (ถ้ามี) จำนวน 2 ฉบับ
  - 2.4 สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ - ชื่อสกุล (ถ้ามี) จำนวน 2 ฉบับ
  - 2.5 หลักฐานสำคัญการสมรส (ถ้ามี) ประกอบด้วย จำนวน 2 ฉบับ
    - 2.5.1 สำเนาใบ คร.2 (กรณีสุภาพสตรี จดทะเบียนสมรสแต่ใช้คำนำหน้านางสาว หรือใช้นามสกุลเดิมของตนเอง)
    - 2.5.2 หลักฐานการสมรส อื่น ๆ
- ☞ นำเอกสารฉบับจริง ไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ ในวันสมัครด้วย
3. สำเนาประวัติรับราชการ (ก.พ.7) หรือสำเนาคำสั่งแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง , สำเนาคำสั่งหรือสัญญาจ้าง กรณีครูศูนย์ศึกษา และพนักงานราชการ จำนวน 1 ฉบับ
4. สำเนาสมุดประจำตัวครู(เล่มสีเหลือง)สำเนาใบอนุญาตให้เป็นครู(สข.11) กรณีครูเอกชน จำนวน 1 ฉบับ
5. ผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ค. ต้องชำระเงินค่าสมัคร จำนวน 100 บาท และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 2,000 บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 2,100 บาท (สองพันห้าร้อยถ้วน) ในวันสมัครสมาชิก ช.พ.ค.
6. ผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ค. ต้อง ระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ค. (แบบ ผค. 2) ในวันสมัคร
  - ☞ เอกสารฉบับจริงของผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ค. ประกอบการระบุฯ มีดังต่อไปนี้
    - 6.1 บัตรประจำตัวประชาชน หรือ บัตรประจำตัวที่ทางราชการออกให้
    - 6.2 ทะเบียนบ้านของสมาชิก ช.พ.ค.
    - 6.3 ใบเปลี่ยนชื่อ - ชื่อสกุล (ถ้ามี)
    - 6.4 ใบสำคัญการสมรส / ใบสำคัญการหย่า (ถ้ามี)
  - ☞ เอกสารของผู้ถูกระบุฯ และเอกสารที่ประกอบการระบุฯ
    - 6.5 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ถูกระบุทุกคน จำนวน 1 ฉบับ
    - 6.6 สำเนามรณบัตร หรือหนังสือรับรองการถึงแก่กรรมของบิดามารดา จำนวน 1 ฉบับ  
ของสมาชิก ช.พ.ค. (ถ้ามี)
    - 6.7 สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนเป็นบุตรบุญธรรม / สำเนาหนังสือ  
รับรองบุตรนอกสมรสที่บิดารับรองแล้ว (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ

☞ ติดต่อสอบถามเพิ่มเติม ได้ที่...

สำนักงาน สกสค. จังหวัดอุบลราชธานี

โทรศัพท์ 0 4542 2081 - 3

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 1265 7103



- กรณีอายุเกิน 35 ปีขึ้นไป – 60 ปี  
 กรณีผู้ที่เคยลาออกจากการเป็นสมาชิก ช.พ.ค.

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค. กรณีพิเศษ

เขียนที่ สำนักงาน สกสค. จังหวัด.....  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

1. สำหรับผู้สมัคร

1. ข้อมูลผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ค.

(1) ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....นามสกุล..... อายุ.....ปี  
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน                      เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....  
 คู่สมรสชื่อ.....

(2) เป็นผู้ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง

- ครู  คณาจารย์  ผู้บริหารสถานศึกษา  ผู้บริหารการศึกษา  
 บุคลากรทางการศึกษาอื่น  ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา  บุคลากรซึ่งปฏิบัติงานในสหกรณ์ออมทรัพย์ครู  
 สมาชิกคุรุสภา

(3) ที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....  
 เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 โทรศัพท์..... โทรศัพท์เคลื่อนที่..... E-mail.....

(4) ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....  
 เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 โทรศัพท์..... โทรศัพท์เคลื่อนที่..... E-mail.....

(5) ชื่อหน่วยงาน/สถานศึกษา .....สังกัด.....

ปัจจุบันข้าพเจ้ารับเงินเดือน/ค่าจ้างประจำ จากหน่วยงาน.....  
 เลขที่..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....  
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

\* กรณีย้ายที่อยู่/สถานที่ปฏิบัติงาน ข้าพเจ้าจะแจ้งเปลี่ยนแปลงให้สำนักงาน สกสค. จังหวัด ทราบภายใน 30 วัน นับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลง

2. กรณีที่ติดต่อข้าพเจ้าไม่ได้ให้ติดต่อบุคคล ดังต่อไปนี้

1. ชื่อ - ชื่อสกุล ..... ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....  
 โทรศัพท์..... โทรศัพท์เคลื่อนที่..... E-mail.....

2. ชื่อ - ชื่อสกุล ..... ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....  
 โทรศัพท์..... โทรศัพท์เคลื่อนที่..... E-mail.....

3. การชำระเงิน ข้าพเจ้าได้ชำระเงินในการสมัครครั้งนี้ ดังนี้

- 3.1 ค่าสมัคร เป็นเงิน 100.00 บาท  
 3.2 เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า เป็นเงิน 2,000.00 บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

ตัวอักษร (.....)

ข้าพเจ้าได้รับทราบหลักการและเข้าใจวัตถุประสงค์ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการมอบเงินสงเคราะห์ช่วยเหลือเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 และมีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. โดยยินยอมปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร  
 (.....)

2. คำรับรองของผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้าหน่วยงานผู้เบิกเงินเดือน/ค่าจ้างของผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ค.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล..... ตำแหน่ง.....  
มีเงินเดือนๆ ละ.....บาท สถานที่ทำงาน.....สังกัด.....  
เริ่มรับราชการหรือปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....จนถึงปัจจุบัน

ลงชื่อ .....  
( ..... )  
ตำแหน่ง .....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

หมายเหตุ การรับรองมีผลบังคับใช้ได้ไม่เกิน 60 วัน นับแต่วันที่รับรอง

3. สำหรับเจ้าหน้าที่

ข้าพเจ้าซึ่งได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน ช.พ.ค. ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนในการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วนถูกต้องเรียบร้อยแล้ว พร้อมทั้งชำระเงินค่าสมัคร เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการมาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 และประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 20 ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. และได้กระทำต่อหน้าข้าพเจ้าจริง

ลงชื่อ .....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ  
( ..... )  
ตำแหน่ง .....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

4. คำสั่ง (กรณีไม่อนุมัติให้อธิบายเหตุผลประกอบ)

.....  
.....

ลงชื่อ.....  
( ..... )  
ผู้อำนวยการสำนักงาน สกสค. จังหวัด.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

# ใบรับรองแพทย์

เล่มที่ .....

เลขที่ .....

## ส่วนที่ 1 ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) .....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน -

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพ โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

1. โรคประจำตัว  ไม่มี  มี (ระบุ) .....
2. อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด  ไม่มี  มี (ระบุ) .....
3. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล  ไม่มี  มี (ระบุ) .....
4. ประวัติอื่นที่สำคัญ .....

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

ในกรณีเด็กที่ไม่สามารถรับรองตนเองได้ ให้ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้

## ส่วนที่ 2 ของแพทย์

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

(1) ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง .....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ ..... สถานพยาบาลชื่อ .....

ที่อยู่ .....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว .....

แล้วเมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว ..... กก. ความสูง ..... เซนติเมตร ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท ชีพจร ..... ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์  ปกติ  ผิดปกติ (ระบุ) .....

ขอรับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดเชื้อเฉียบพลันให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

- (1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (2) วัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (4) อื่น ๆ (ถ้ามี) .....

(2) สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ .....

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม  
(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย  
(3) คำรับรองนี้เป็นการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น  
แบบฟอร์มนี้ได้รับการรับรองจากมติคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 4/2561 วันที่ 19 เมษายน 2561



**หนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ค.**

เขียนที่ สำนักงาน สกสค. จังหวัด.....  
วันที่.....เดือน ..... พ.ศ. ....

**1. สำหรับสมาชิก**

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... นามสกุล.....  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน                     สถานที่ทำงาน.....  
อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....  
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์..... โทรศัพท์เคลื่อนที่..... E-mail.....

ขอแสดงเจตนาระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวต่อหน้าเจ้าหน้าที่ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการอุปถัมภ์สงเคราะห์ช่วยเหลือเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2561 ทั้งนี้ ให้สำนักงานหักเงินสงเคราะห์ครอบครัว ณ ที่จ่ายเพื่อชำระหนี้ตามข้อผูกพันกับสำนักงาน (ถ้ามี) ก่อนจ่ายเงินให้แก่ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวตามที่ได้ระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ ดังนี้

รายชื่อบุคคลที่ข้าพเจ้าแสดงเจตนาระบุสิทธิตามข้อ 8(1) ตามระเบียบ ช.พ.ค. ซึ่งเกี่ยวข้องเป็นคู่สมรสที่ชอบด้วยกฎหมาย บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย บุตรบุญธรรม บุตรนอกสมรสที่บิดาจดทะเบียนรับรองแล้ว และบิดามารดาของข้าพเจ้า

- 1. ชื่อ-ชื่อสกุล..... เกี่ยวข้องเป็น คู่สมรสที่ชอบด้วยกฎหมาย โทรศัพท์.....
- 2. ชื่อ-ชื่อสกุล..... เกี่ยวข้องเป็น บิดา โทรศัพท์.....
- 3. ชื่อ-ชื่อสกุล..... เกี่ยวข้องเป็น มารดา โทรศัพท์.....
- 4. ชื่อ-ชื่อสกุล..... เกี่ยวข้องเป็น บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย โทรศัพท์.....
- 5. ชื่อ-ชื่อสกุล..... เกี่ยวข้องเป็น บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย โทรศัพท์.....
- 6. ชื่อ-ชื่อสกุล..... เกี่ยวข้องเป็น บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย โทรศัพท์.....
- 7. ชื่อ-ชื่อสกุล..... เกี่ยวข้องเป็น บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย โทรศัพท์.....
- 8. ชื่อ-ชื่อสกุล..... เกี่ยวข้องเป็น บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย โทรศัพท์.....
- 9. ชื่อ-ชื่อสกุล..... เกี่ยวข้องเป็น บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย โทรศัพท์.....
- 10. ชื่อ-ชื่อสกุล..... เกี่ยวข้องเป็น บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย โทรศัพท์.....
- 11. ชื่อ-ชื่อสกุล..... เกี่ยวข้องเป็น บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย โทรศัพท์.....
- 12. ชื่อ-ชื่อสกุล..... เกี่ยวข้องเป็น บุตรบุญธรรม โทรศัพท์.....
- 13. ชื่อ-ชื่อสกุล..... เกี่ยวข้องเป็น บุตรบุญธรรม โทรศัพท์.....
- 14. ชื่อ-ชื่อสกุล..... เกี่ยวข้องเป็น บุตรนอกสมรสที่บิดาจดทะเบียนรับรองแล้ว โทรศัพท์.....
- 15. ชื่อ-ชื่อสกุล..... เกี่ยวข้องเป็น บุตรนอกสมรสที่บิดาจดทะเบียนรับรองแล้ว โทรศัพท์.....

เหตุผล กรณีผู้แสดงเจตนาไม่ระบุ บุคคลในข้อ 8(1).....

ลงชื่อ.....ผู้แสดงเจตนา วันที่.....เดือน ..... พ.ศ. .... เวลา.....น.

/รายชื่อบุคคล...

2. สำหรับเจ้าหน้าที่

ข้าพเจ้าซึ่งได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน ช.พ.ค. ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล..... เป็นสมาชิก ช.พ.ค. ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ค. และเอกสารหลักฐานครบถ้วนถูกต้องเป็นไปตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาว่าด้วยการมาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2561 และประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ค. พ.ศ. 2562

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า สมาชิกได้ทำหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ค. ฉบับนี้ ด้วยความสมัครใจ และลงลายมือชื่อต่อหน้าข้าพเจ้าจริง เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .... เวลา.....น.

ลงชื่อ .....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ  
(.....)  
ตำแหน่ง .....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

- อนุมัติ
- ไม่อนุมัติ เพราะ.....

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ผู้อำนวยการสำนักงาน สกสค. จังหวัด.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า.....ผู้แสดงเจตนาได้รับสำเนาหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ค. เรียบร้อยแล้ว



คำชี้แจง

ลงชื่อ.....  
(.....)  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ลงชื่อ.....ผู้แสดงเจตนา วันที่.....เดือน .....พ.ศ. .... เวลา.....น.

## หลักเกณฑ์และวิธีการสมัครสมาชิก ช.พ.ส. กรณีพิเศษ

1. ผู้สมัครสมาชิกต้องยื่นใบสมัคร (แบบ ณส. 1) ด้วยตนเอง ณ สำนักงาน สกสค. จังหวัดอุบลราชธานี
  2. เอกสารประกอบการสมัคร มีดังต่อไปนี้
    - 2.1 ใบรับรองแพทย์  
(ออกให้โดยแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐ หรือเอกชน หรือคลินิก ซึ่งขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบรับรองแพทย์ใช้ได้ไม่เกิน 1 เดือน นับแต่วันที่ได้มีการตรวจร่างกาย)
    - 2.2 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 2 ฉบับ
    - 2.3 สำเนาใบสำคัญการสมรส  
จำนวน 2 ฉบับ
    - 2.4 สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ - ชื่อสกุล (ถ้ามี) จำนวน 2 ฉบับ
    - 2.5 หลักฐานสำคัญการสมรส (ถ้ามี) ประกอบด้วย  
 2.5.1 สำเนาใบ คร.2 (กรณีคู่สมรสที่จดทะเบียนสมรสแต่ใช้ค่านำหน้านางสาว หรือใช้นามสกุลเดิมของตนเอง) จำนวน 2 ฉบับ  
 2.5.2 หลักฐานการสมรส อื่น ๆ จำนวน 2 ฉบับ
- ☞ ให้นำเอกสารฉบับจริง ไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ ในวันสมัครด้วย
3. เอกสารคู่สมรสของผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส.
    - 3.1 สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ หรือบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 2 ฉบับ
    - 3.2 สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 2 ฉบับ
    - 3.3 สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ - ชื่อสกุล (ถ้ามี) จำนวน 2 ฉบับ
- กรณีคู่สมรสของผู้สมัครไม่มีบัตรประจำตัวข้าราชการ ต้องเพิ่มเอกสาร ดังต่อไปนี้**
- สำเนาประวัติรับราชการ (ก.พ.7) หรือสำเนาคำสั่งแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง , สำเนาคำสั่งหรือสัญญาจ้าง  
กรณีครูศูนย์เด็กฯ และพนักงานราชการ จำนวน 1 ฉบับ
  - สำเนาสมุดประจำตัวครู(เล่มสีเหลือง)สำเนาใบอนุญาตให้เป็นครู(สช.11) กรณีครูเอกชน จำนวน 1 ฉบับ
4. ผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส.ต้องชำระเงินค่าสมัคร จำนวน 100 บาท และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 1,100 บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 1,100 บาท (หนึ่งพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน) ในวันสมัครสมาชิก ช.พ.ส.

☞ ติดต่อสอบถามเพิ่มเติม ได้ที่...

สำนักงาน สกสค. จังหวัดอุบลราชธานี

โทรศัพท์ 0 4542 2081 - 3

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 1265 7103





- กรณีอายุเกิน 35 ปีขึ้นไป – 60 ปี
- กรณีผู้ที่เคยลาออกจากการเป็นสมาชิก ข.พ.ส.

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ข.พ.ส. กรณีพิเศษ

เขียนที่ สำนักงาน สกสค. จังหวัด .....  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

**1. สำหรับผู้สมัคร**

1. ข้อมูลของผู้สมัครเป็นสมาชิก ข.พ.ส.

- (1) ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว ..... ชื่อ-สกุล ..... อายุ ..... ปี  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน [ ] เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
จดทะเบียนสมรส ณ อำเภอ / เขต ..... เลขที่ทะเบียนสมรส ..... / .....
- (2) ที่อยู่ปัจจุบัน  
บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน ..... แขวง/ตำบล .....  
เขต/อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
โทรศัพท์ ..... โทรศัพท์เคลื่อนที่ ..... E-mail .....
- (3) ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก  
บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน ..... แขวง/ตำบล .....  
เขต/อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
โทรศัพท์ ..... โทรศัพท์เคลื่อนที่ ..... E-mail .....

2. ข้อมูลของคู่สมรสของผู้สมัครสมาชิก ข.พ.ส.

- (1) ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว ..... ชื่อ-สกุล ..... อายุ ..... ปี  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน [ ] เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....
- (2) เป็นผู้ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง  
 ครู                       คณาจารย์                       ผู้บริหารสถานศึกษา                       ผู้บริหารการศึกษา  
 บุคลากรทางการศึกษาอื่น                       ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา                       บุคลากรซึ่งปฏิบัติงานในสหกรณ์ออมทรัพย์ครู  
 สมาชิกคุรุสภา

- (3) ชื่อหน่วยงาน/สถานศึกษา ..... สังกัด .....  
ปัจจุบันข้าพเจ้าได้รับเงินเดือน/ค่าจ้างประจำ จากหน่วยงาน .....  
เลขที่ ..... ถนน ..... แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ .....  
จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....

\* กรณีย้ายที่อยู่/สถานที่ปฏิบัติงาน ข้าพเจ้าจะแจ้งเปลี่ยนแปลงให้สำนักงาน สกสค. จังหวัด ทราบภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลง

3. บุคคลที่สามารถติดต่อได้ กรณีไม่สามารถติดต่อผู้สมัครและคู่สมรสของผู้สมัครสมาชิก ข.พ.ส. ได้

1. ชื่อ - ชื่อสกุล ..... ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ .....  
..... โทรศัพท์ ..... โทรศัพท์เคลื่อนที่ ..... E-mail .....
2. ชื่อ - ชื่อสกุล ..... ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ .....  
..... โทรศัพท์ ..... โทรศัพท์เคลื่อนที่ ..... E-mail .....

4. การชำระเงิน ข้าพเจ้าได้ชำระเงินในการสมัครครั้งนี้ ดังนี้

- 3.1 ค่าสมัคร ..... เป็นเงิน 100.00 บาท  
3.2 เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ..... เป็นเงิน 1,000.00 บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ..... บาท  
ตัวอักษร ( ..... )

ข้าพเจ้า (ผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส. และคู่สมรส) ได้รับทราบหลักการและเข้าใจวัตถุประสงค์ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ในกรณีคู่สมรส ถึงแก่ความตาย พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 แล้ว และมีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. โดยยินยอมปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร  
(.....)

**2. คำรับรองของผู้บังคับบัญชาหรือหน่วยงานผู้เบิกเงินเดือน/ค่าจ้าง ของคู่สมรสผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส.**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....  
มีเงินได้รายเดือนๆ ละ.....บาท สถานที่ทำงาน .....สังกัด.....  
เริ่มรับราชการหรือปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....จนถึงปัจจุบัน

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ตำแหน่ง .....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

หมายเหตุ การรับรองมีผลบังคับใช้ได้ไม่เกิน 60 วัน นับแต่วันที่รับรอง

**3. สำหรับเจ้าหน้าที่**

ข้าพเจ้าซึ่งได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน ช.พ.ส. ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนในการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วนถูกต้องเรียบร้อยแล้ว พร้อมทั้งชำระเงินค่าสมัคร เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ในกรณีคู่สมรสถึงแก่ความตาย พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ประกาศของคณะกรรมการ ช.พ.ส. เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 20 ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. และได้กระทำต่อหน้าข้าพเจ้าจริง

ลงชื่อ ..... เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ  
(.....)  
ตำแหน่ง .....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

**4. คำสั่ง (กรณีไม่อนุมัติให้อธิบายเหตุผลประกอบ)**

.....  
.....

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ผู้อำนวยการสำนักงาน สกสค. จังหวัด.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

# ใบรับรองแพทย์

เล่มที่ .....

เลขที่ .....

## ส่วนที่ 1 ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) .....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน -

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพ โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

1. โรคประจำตัว  ไม่มี  มี (ระบุ) .....
2. อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด  ไม่มี  มี (ระบุ) .....
3. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล  ไม่มี  มี (ระบุ) .....
4. ประวัติอื่นที่สำคัญ .....

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

ในกรณีเด็กที่ไม่สามารถรับรองตนเองได้ ให้ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้

## ส่วนที่ 2 ของแพทย์

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

(1) ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง .....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ ..... สถานพยาบาลชื่อ .....

ที่อยู่ .....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว .....

แล้วเมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว ..... กก. ความสูง ..... เซนติเมตร ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท ชีพจร ..... ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์  ปกติ  ผิดปกติ (ระบุ) .....

ขอรับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

- (1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (2) วัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (4) อื่น ๆ (ถ้ามี) .....

(2) สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ .....

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม  
(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงพอ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย  
(3) คำรับรองนี้เป็นการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น

แบบฟอร์มนี้ได้รับการรับรองจากมติคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 4/2561 วันที่ 19 เมษายน 2561