



ประกาศสมาคมสมาคมนักสังคมสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย
เรื่อง หลักเกณฑ์การสมัครเป็นสมาชิกของข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และพนักงานหรือลูกจ้างสมาคม
พ.ศ. ๒๕๖๒

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๙ (๑) แห่งข้อบังคับสมาคมสมาคมนักสังคมสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๒ ประกอบมติที่ประชุมคณะกรรมการผู้ก่อการสมาคมสมาคมนักสังคมสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย ครั้งที่ ๑/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ เห็นควรกำหนดหลักเกณฑ์การเป็นสมาชิกของข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและพนักงานหรือลูกจ้างของสมาคม ดังต่อไปนี้

๑. ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสมาคมสมาคมนักสังคมสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย เรื่อง หลักเกณฑ์การสมัครเป็นสมาชิกของข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพและพนักงานหรือลูกจ้างของสมาคม พ.ศ. ๒๕๖๒”

๒. ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศเป็นต้นไป

๓. ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกที่เป็นข้าราชการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ต้องยื่นเอกสารหลักฐานพร้อมใบสมัคร ดังนี้

- (๑) สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการหรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- (๒) สำเนาทะเบียนบ้าน
- (๓) ใบรับรองแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งจากสถานพยาบาลของรัฐ
- (๔) หนังสือแสดงความยินยอมให้หน่วยงานต้นสังกัดหักเงินสงเคราะห์จากบัญชีเงินเดือน

๔. ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกที่เป็นข้าราชการบำนาญกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ต้องยื่นเอกสารหลักฐานพร้อมใบสมัคร ดังนี้

- (๑) สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการบำนาญหรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- (๒) สำเนาทะเบียนบ้าน
- (๓) ใบรับรองแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งจากสถานพยาบาลของรัฐ
- (๔) หนังสือแสดงความยินยอมให้สมาคมหักเงินจากบัญชีเงินบำนาญ

๕. ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกที่เป็นพนักงานหรือลูกจ้างของสมาคม ต้องยื่นเอกสารหลักฐานพร้อมใบสมัคร ดังนี้

- (๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- (๒) สำเนาทะเบียนบ้าน
- (๓) ใบรับรองแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งจากสถานพยาบาลของรัฐ
- (๔) หนังสือแสดงความยินยอมให้สมาคมหักเงินสงเคราะห์จากบัญชีเงินเดือน

๖. การสมัครเป็นสมาชิกตามข้อ ๓ ข้อ ๔ และข้อ ๕ ให้ใช้แบบฟอร์มใบสมัครตามแบบใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคม ผกส. อสม. ๑/๑ แบบท้ายประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

(นายธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์)

นายกสมาคมสมาคมนักสังคมสงเคราะห์

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย



เลขทะเบียนสมาชิกที่...../๒๕.....

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคม ฉกส. อสม.
(สำหรับ ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ กรม สบส./พนักงานลูกจ้าง ฉกส. อสม.)

เรียน นายกสมาคม ฉกส. อสม.

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

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

เป็น ข้าราชการกรม สบส. ตำแหน่ง..... ข้าราชการบำนาญ กรม สบส.

พนักงาน/ลูกจ้างสมาคม ฉกส. อสม. อื่นๆ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ขอสมัครเป็นสมาชิก ฉกส. อสม. และยินยอมชำระเงิน ค่าสมัครสมาชิก ค่าบำรุง (รายปี)

เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า เงินสงเคราะห์

โดยยินยอมให้หักเงิน และหักเงินสำเร็จ จากบัญชีธนาคาร ธกส. หรือ ธนาคาร.....

ชื่อบัญชี..... หมายเลขบัญชี.....

ข้าพเจ้าทราบและรับรองว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคม ฉกส. อสม. พ.ศ.๒๕๖๒ และแก้ไขเพิ่มเติมทุกประการ
ข้าพเจ้าขอระบุชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ ดังต่อไปนี้

๑. เกี่ยวข้องเป็น.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

บัญชีธนาคาร..... ชื่อบัญชี..... หมายเลขบัญชี.....

๒. เกี่ยวข้องเป็น.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

บัญชีธนาคาร..... ชื่อบัญชี..... หมายเลขบัญชี.....

๓. เกี่ยวข้องเป็น.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

บัญชีธนาคาร..... ชื่อบัญชี..... หมายเลขบัญชี.....

๔. เกี่ยวข้องเป็น.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

บัญชีธนาคาร..... ชื่อบัญชี..... หมายเลขบัญชี.....

(ลงชื่อ) ผู้ขอสมัครสมาชิก

(ลงชื่อ) ผู้รับรอง

ตัวบรรจง (.....)

ตัวบรรจง (.....)

ตำแหน่ง.....

***หมายเหตุ : ให้หัวหน้าส่วนราชการเป็นผู้รับรอง

สำหรับเจ้าหน้าที่

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

เลขสมาคม ฉกส. อสม.

นายกสมาคม ฉกส. อสม.

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

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

หนังสือแสดงความยินยอม

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ยินยอมให้ธนาคารหักเงินเดือน

เรียน อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ข้าพเจ้า สังกัด

ตำแหน่ง..... เลขประจำตัวประชาชน

ได้ยื่นเรื่องเป็นสมัครสมาชิก สมาคม ฅกส. อสม.

ขอยินยอมให้สมาคม ฅกส. อสม. หรือหัวหน้าการเงิน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพหักเงินเดือน
เงินบำนาญ หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ได้รับจากหน่วยงานที่ข้าพเจ้าสังกัด ผ่านบัญชี ธนาคาร.....
ชื่อ.....สาขา.....เลขที่.....
เพื่อเป็น ค่าบำรุงรายปี ค่าสงเคราะห์ศพ เป็นประจำ ตามคำสั่งให้โอนของสมาคม ฅกส. อสม. และข้าพเจ้าจะไม่
เพิกถอนการยินยอมให้หักเงินเดือนในระหว่างที่ยังชำระหนี้ไม่เสร็จสิ้น

ทั้งนี้ โดยไม่จำเป็นต้องบอกกล่าวให้ผู้ให้คำยินยอมทราบล่วงหน้าก่อน และในกรณีที่ข้าพเจ้าย้าย
หน่วยงาน ข้าพเจ้ายินยอมให้หัวหน้าการเงินของหน่วยงานที่ข้าพเจ้าสังกัดใหม่ หักเงินเดือนหรือเงินอื่นใด
ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ได้รับจากหน่วยงานที่ข้าพเจ้าสังกัดใหม่ เพื่อชำระหนี้ดังกล่าวให้สมาคม ฅกส. อสม. ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการหักเงินเดือนของข้าพเจ้า ต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอมหักเงิน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)