

เอกสารประกอบ

1. รับหนังสือที่มีลายเซ็นของนายก จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส(ถ้ามี)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล(ถ้ามี)
5. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน

ผู้รับเงินลงทะเบียน

218



เลขที่.....

## ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก

### ชมรมณาปันกิจสังเคราะห์สมาชิก อสม. จังหวัดฉะเชิงเทรา

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เรื่อง ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกชมรมณาปันกิจสังเคราะห์สมาชิก อสม. จังหวัดฉะเชิงเทรา

เรียน ประธานชมรมณาปันกิจสังเคราะห์สมาชิก อสม. จังหวัดฉะเชิงเทรา

ข้าพเจ้า(นาย/นางสาว)..... นามสกุล..... เลขบัตร.....

ประจำตัวประชาชน

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

บ้านเลขที่..... หมู่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัดฉะเชิงเทรา

เบอร์โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงค์สมัครเข้าเป็นสมาชิกชมรมณาปันกิจสังเคราะห์ สมาชิก อสม. ฉะเชิงเทรา ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบ ข้อบังคับ "ชมรมณาปันกิจสังเคราะห์สมาชิก อสม. จังหวัดฉะเชิงเทรา" แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามทุกประการ

เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรม ขอให้จ่ายเงินช่วยเหลือฌาปนกิจสังเคราะห์ ให้แก่

1. เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า

2. เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า

3. เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงค์ส่งเงินตามภูมิที่ข้อบังคับของชมรมฯ ดังนี้

ค่าบำรุงชมรมฯ เป็นรายปี ๆ ละ 20 บาท (ยึดบาก้างวัน)

ค่าสมัครสมาชิกชมรมฯ เป็นรายปี ๆ ละ 100 บาท (หนึ่งร้อยบาทถ้วน)

รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน 120 บาท (หนึ่งร้อยยี่สิบบาทถ้วน)

เรียน ประธานชมรมฯ

ได้ตรวจสอบแล้วเห็นควร

รับเข้าเป็นสมาชิก

ไม่รับเข้าเป็นสมาชิก

เหตุผล.....

ลงชื่อ..... นายทะเบียน

(.....)

ลงชื่อ.....

(.....)

ลงชื่อ..... ประธาน อสม./ผู้รับ

(.....)

ลงชื่อ.....



ใบแจ้งสมาชิกเสียชีวิตและขอรับเงินสงเคราะห์

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

เรื่อง ขอรับเงินสงเคราะห์ของ (นาย, นาง, นางสาว) ..... นามสกุล .....  
ซึ่งเป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการและมาปนกิจสงเคราะห์เพื่ออาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา  
เรียน ประธานกองทุนสวัสดิการและมาปนกิจสงเคราะห์เพื่ออาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา  
ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) ..... นามสกุล ..... ที่อยู่ปัจจุบัน  
บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน ..... ถนน ..... ซอย .....  
ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
หมายเลขโทรศัพท์ ..... ข้าพเจ้าได้เกี่ยวข้องเป็น ..... ของสมาชิก  
กองทุนสวัสดิการและมาปนกิจสงเคราะห์เพื่ออาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ขอแจ้งให้ทราบว่า  
บัดนี้ (นาย, นาง, นางสาว) ..... นามสกุล ..... ได้เสียชีวิตลงด้วยสาเหตุ .....  
เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
เวลาประมาณ ..... น.

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิ์รับเงินกองทุนสวัสดิการและมาปนกิจสงเคราะห์เพื่ออาสาสมัครสาธารณสุข  
จังหวัดฉะเชิงเทรา ตามที่สมาชิกผู้เสียชีวิตลง ได้ระบุเอาไว้ และมีความประสงค์ที่จะขอรับเงินช่วยเหลือในการ  
มาปนกิจจากกองทุนสวัสดิการและมาปนกิจสงเคราะห์เพื่ออาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ทั้งนี้  
ข้าพเจ้าได้แนบทลักษณ์ต่างๆ เพื่อขอรับเงินมาด้วยคือ

หลักฐานที่นำมา�ืนยัน

- ( ) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ผู้รับผลประโยชน์ ( ) สำเนาบัตรประจำตัว อสม.ของสมาชิกผู้เสียชีวิต
- ( ) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของสมาชิกผู้เสียชีวิต ( ) สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิกผู้เสียชีวิต
- ( ) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์ ( ) ใบเสร็จรับเงินงวดสุดท้าย
- ( ) สำเนาใบมรณบัตร ( ) สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- ( ) หลักฐานการเปลี่ยนแปลงชื่อ และนามสกุล (ถ้ามี)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอความอนุเคราะห์ในการเบิกจ่ายเงินให้แก่ข้าพเจ้าด้วยจักรเป็นพระคุณ  
อย่างยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับเงิน  
(.....)

ได้ตรวจเยี่ยมศพของ ..... ซึ่งเป็นสมาชิกเลขที่ ..... เป็นที่เรียบร้อยแล้ว  
และขอรับรองว่า ..... ได้เสียชีวิตลงด้วยเหตุ ..... จริง

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับรอง  
(.....)



ใบแจ้งขอรับความช่วยเหลือ

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

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการเนื่องจาก .....

เรียน ประธานกองทุนสวัสดิการและมาปันกิจสังเคราะห์เพื่ออาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา  
ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) ..... นามสกุล ..... ที่อยู่ปัจจุบัน

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

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

หมายเลขโทรศัพท์ ..... ซึ่งเป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการและมาปันกิจสังเคราะห์เพื่อ  
อาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ขอแจ้งให้ทราบว่า บัดนี้ ข้าพเจ้าได้รับความเดือดร้อน เนื่องจาก

เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกผู้มีสิทธิ์รับเงินกองทุนสวัสดิการและมาปันกิจสังเคราะห์เพื่ออาสาสมัคร  
สาธารณสุข จังหวัดฉะเชิงเทรา ตามที่ได้ระบุเอาไว้ และมีความประสงค์ที่จะขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อบรรเทา  
ความเดือดร้อนจากการกองทุนสวัสดิการและมาปันกิจสังเคราะห์เพื่ออาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา  
ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่างๆ เพื่อขอรับเงินมาด้วยคือ

หลักฐานที่นำมา�ื่น

- |                                       |                                     |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| ( ) รูปถ่ายสภาพความเดือดร้อน          | ( ) สำเนาบัตรประจำตัว อสม.ของสมาชิก |
| ( ) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของสมาชิก | ( ) สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิก       |
| ( ) ใบเสร็จรับเงินงวดสุดท้าย          | ( ) เอกสารอื่นๆ                     |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอความอนุเคราะห์ให้ดำเนินการช่วยเหลือจัดเป็นพระคุณอย่างยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับเงิน

(.....)

ได้ตรวจสอบยืนยันว่า ..... ซึ่งเป็นสมาชิกของกองทุนฯ เป็นที่เรียบร้อยแล้วและ  
ขอรับรองว่า ..... จริง

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับรอง

(.....)



กองทุนสวัสดิการและพาณิชย์ส่งเสริมฯเพื่ออาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย

คำร้องขอเปลี่ยนแปลงข้อความในใบสมัคร

เจียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

เรื่อง .....

เรียน ประธานกองทุนสวัสดิการและพาณิชย์ส่งเสริมฯเพื่ออาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย  
ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) ..... เลขที่บัตรประจำตัว

ข้าราชการ/ประชาชน..... ออโภัย..... วันที่ออกบัตร.....

บัตรหมดอายุ..... ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน.....

ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ซึ่งเป็นสมาชิก สมส.อสม. ประเภท  อสม.  จนท.  คู่สมรส  อื่นๆ.....

เลขทะเบียน..... มีความประสงค์ที่จะขอเปลี่ยนแปลงข้อความในใบสมัครสมาชิก  
กองทุนสวัสดิการและพาณิชย์ส่งเสริมฯเพื่ออาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ดังด่อไปนี้

ชื่อ จากเดิม ..... เป็น .....

นามสกุล จากเดิม ..... เป็น .....

ที่อยู่ จากเดิม .....  
เป็น .....

อื่นๆ .....

โปรดแก้ไขทะเบียนให้ตามความประสงค์ของข้าพเจ้าด้วย ตั้งแต่บันทึกเป็นต้นไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ) .....

ตัวบรรจง (.....)

เสนอ เจ้าหน้าที่ทะเบียน  
แก้ไขตามแจ้งด้วย

(ลงชื่อ).....

เสนอ หัวหน้าพนักงาน  
- ทะเบียนแก้ไขแล้ว  
- เก็บกรอบนุมติด

(ลงชื่อ).....

อนุมติ

(ลงชื่อ).....

ตำแหน่ง.....



กองทุนสวัสดิการและ瞄าปนกิจส่งเคราะห์เพื่ออาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดฉะเชิงเทรา

คำขอเปลี่ยนแปลง ผู้รับผลประโยชน์

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

( ) อสม.

( ) คู่สมรส

( ) เจ้าหน้าที่

เรื่อง .....

เรียน ประธานกองทุนสวัสดิการและ瞄าปนกิจส่งเคราะห์เพื่ออาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) ..... สกุล .....

เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ..... อายุ ..... ปี เพศ .....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ..... วันที่ออกบัตร .....

บัตรหมดอายุ ..... ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ..... ชื่อบ้าน .....

หมู่ที่ ..... ตำบล / แขวง ..... อำเภอ / เขต .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....

ซึ่งสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการและ瞄าปนกิจส่งเคราะห์ เพื่ออาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัด  
ฉะเชิงเทรา เลขที่สมาชิก ..... มีความประสงค์ที่จะขอเปลี่ยนแปลงข้อความในใบสมัครสมาชิก  
กองทุนสวัสดิการและ瞄าปนกิจส่งเคราะห์เพื่ออาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จากเดิมที่ระบุผู้รับ  
ผลประโยชน์ไว้แล้วขอเปลี่ยนแปลงเป็น

๑ ..... มีความเกี่ยวข้องเป็น .....

๒ ..... มีความเกี่ยวข้องเป็น .....

๓ ..... มีความเกี่ยวข้องเป็น .....

โปรดแก้ไขทะเบียนให้ตามความประสงค์ของข้าพเจ้าด้วย ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ) ..... ผู้สมัคร  
(.....)

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับรอง  
(.....)

ตำแหน่ง .....



## หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่ ..... เวลา .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) ..... ชื่อเป็นผู้มีบัตรประจำตัวข้าราชการ/เลขที่บัตรประชาชน เลขที่ ..... ออกรโถย .....  
 วันที่ออกบัตร ..... บัตรหมดอายุ ..... ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ..... หมู่ที่ .....  
 ตรอก/ซอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....  
 จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....  
 "ไม่สามารถรับเงินด้วยตนเองได้" เนื่องจาก ..... ชื่อเป็น ..... ของข้าพเจ้า บัตรประจำตัว  
 ข้าราชการ/ประชาชนเลขที่ ..... ออกรโถย ..... วันที่ออกบัตร .....  
 บัตรหมดอายุวันที่ ..... ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย .....  
 ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....  
 รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....  
 เป็นผู้มีอำนาจ ( ) รับเงินช่วยเหลือมาปักกิจส่งเคราะห์  
 ( ) เงินค่าจัดการศพ  
 ( ) อื่นๆ .....

### แทนข้าพเจ้าจันทร์

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้ เสมือนว่า  
 ข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ่วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ) ..... ผู้มีบัตรประจำตัว

ตัวบรรจง (.....)

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับมอบอำนาจ

ตัวบรรจง (.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ่วมือของผู้มีบัตรประจำตัว และผู้รับมอบอำนาจจริงและได้  
 ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ่วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

(ลงชื่อ) ..... พยาน

ตัวบรรจง (.....)

(ลงชื่อ) ..... พยาน

ตัวบรรจง (.....)