ใบสมัครสมาชิก ช.พ.ค. (กรณีพิเศษ)

เปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. – ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบ 1 ทศวรรษ ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2556 - 30 ธันวาคม 2556 ตั้งแต่เวลา 8.30 น. - 16.00 น. ในวันทำการเท่านั้น (เวลาพัก 12.00 – 13.00 น.)

ช.พ.ค. หรือ ฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา **มีวัตถุประสงค์เพื่อ**ให้สมาชิกได้ทำการสงเคราะห์ซึ่งกันและกันในการช่วยจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัวของสมาชิกที่ถึงแก่กรรม

<u>วัตถุประสงค์หลักของการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ไม่ใช่เพื่อการกู้เงินนะคะ</u> ถ้าจะสมัครเพื่อกู้ โปรดทำความเข้าใจหลักเกณฑ์และสิทธิในการกู้อย่างละเอียดด้วยนะคะที่ www.otepchon.go.th เพราะถ้ากู้ไม่ได้แล้วลาออกจะได้คืนเพียงเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า* ที่จ่ายไว้ตอนสมัครเท่านั้น โดยไม่ค้างเงินสงเคราะห์รายเดือนนะคะ

สำนักงาน สกสค.จังหวัดชลบุรี
038-284-000 www.otepchon.go.th

ผู้สมัครต้องเป็นผู้ดำรงตำแหน่ง หรือปฏิบัติหน้าที่อย่างหนึ่งอย่างใด ดังนี้

- ➲ ครู ➲ คณาจารย์ ➲ ผู้บริหารสถานศึกษา ➲ ผู้บริหารการศึกษา ➲ บุคลากรทางการศึกษาอื่น
- ➲ ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา หรือ เป็นสมาชิกคุรุสภา (ซึ่งอาจสังกัดกระทรวงอื่นอันเนื่องมาจากการโอนกระทรวง ทบวง กรม ตามกฎหมาย)
- ➲ ลูกจ้างรัฐและเอกชน ที่ได้รับเงินเดือนประจำ ที่ปฏิบัติการด้านการศึกษาในหน่วยงานการศึกษา
- ★ **สมาชิก ช.พ.ค. ต้องมาทำการระบุผู้มีสิทธิรับเงินหลังจากที่ได้รับแบบตอบรับเข้าเป็นสมาชิกหรือถูกหักเงิน ช.พ.ค.งวดแรกแล้ว**

เงินค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า

<u>กรณีไม่เคยสมัครเป็นสมาชิก</u>					**<u>กรณีลาออกจากสมาชิกแล้วมาสมัครใหม่</u>**				
อายุ	**พ.ศ.เกิด**	**สงเคราะห์ล่วงหน้า***	**ค่าสมัคร**	**รวม**	**อายุ**	**พ.ศ.เกิด**	**สงเคราะห์ล่วงหน้า***	**ค่าสมัคร**	**รวม**
ไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์	2521 สมัครภายในวันเกิดปี 56 เท่านั้น	1,000	50	1,050	**ไม่เกิน 55 ปีบริบูรณ์**	..... - 2501 (ก่อนวันเกิด)	6,500.-	100.-	6,600.-
35 ปี ขึ้นไป – 55 ปีบริบูรณ์	2521 (หลังวันเกิด) ถึง 2501(ก่อนวันเกิด)	6,500	100	6,600	**55 ปี ขึ้นไป – 60 ปีบริบูรณ์**	2501 (หลังวันเกิด) ถึง 2496 (ก่อนวันเกิด)	8,500.-	100.-	8,600.-
55 ปี ขึ้นไป – 60 ปี นับถึง 31 ธ.ค.56	2501 (หลังวันเกิด) ถึง 2496 (1 ม.ค. 2496–31 ธ.ค.2496)	8,500	100	8,600	**เกิน 60 ปี ขึ้นไป**	2496 -.....(ถอยขึ้น) (หลังวันเกิด เป็นต้นไป)	12,000.-	100.-	12,100.-

★ <u>เอกสารที่ใช้ในการสมัครสมาชิก ช.พ.ค. กรณีไม่เคยสมัครเป็นสมาชิก</u> ★

1. สมาชิกที่สมัครต้องมายื่นหลักฐานการสมัครต่อเจ้าหน้าที่รับสมัคร**<u>ด้วยตนเองเท่านั้น</u>**
2. ใบสมัครสมาชิก ช.พ.ค. (ช.พ.ค.1 ตามแบบที่ให้)
3. ใบรับรองแพทย์ (ช.พ.ค.3 ตามแบบที่ให้) ให้แพทย์ตรวจและ<u>ลงความเห็น</u>ว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง ปราศจากโรคที่ระบุไว้ พร้อม**<u>ประทับตราสถานพยาบาล</u>** (ใบรับรองแพทย์ต้อง**<u>ไม่เกิน 15 วัน</u>**นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกายและ**<u>ต้องตรวจกับโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น</u>)**
4. หนังสือรับรอง (ช.พ.ค.10 ตามแบบที่ให้) ให้ผู้บังคับบัญชาชั้นต้นขึ้นไปเซ็นต์รับรองการทำงาน พร้อมประทับตรา ออกให้จนถึงวันที่สมัคร **<u>ไม่เกิน 30 วัน</u>**
   **กรณีผู้สมัครอยู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯ ให้ ผอ.กองการศึกษา หรือ หัวหน้าส่วนการศึกษาเซ็นต์รับการการทำงานเท่านั้น
   4.1 ***(กรณีลาออกแล้วมาสมัครใหม่)*** ให้ใช้หนังสือรับรอง ช.พ.ค.10/1 ตามแบบที่ให้ (ซึ่งออกโดยสำนักงาน สกสค.จังหวัดที่เคยเป็นสมาชิกและได้ลาออก)
5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ บัตรข้าราชการของผู้สมัคร **จำนวน 1 ฉบับ**
6. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร **จำนวน 1 ฉบับ**
7. สำเนาใบสำคัญสมรส และ สำเนาคำร้องการใช้คำนำหน้านามเดิม – และชื่อสกุลเดิม (ถ้ามี) **อย่างละ 1 ฉบับ**
8. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ – นามสกุล (ถ้ามี) **จำนวน 1 ฉบับ**
9. สำเนาสมุดประจำตัวครู หรือ ใบอนุญาตให้เป็นครู (สช.11) หรือใบอนุญาตให้บรรจุครู ณ ร.ร.นั้นๆ (สช.18) **<u>และนำเอกสาร หลักฐานฉบับจริง</u>** มาแสดงต่อหน้าเจ้าหน้าที่ในวันสมัครด้วย (กรณีผู้สมัครปฏิบัติงานอยู่ ร.ร.เอกชน)
10. สำเนาประวัติการรับราชการ (ก.พ.7) หรือสำเนาคำสั่งบรรจุแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งปัจจุบัน (กรณีผู้สมัครบรรจุอยู่ ร.ร.รัฐบาล)
11. สำเนาสัญญาจ้าง ต้องมีกำหนดเวลาจ้างต่อเนื่องกันไม่น้อยกว่า 1 ปี และให้**<u>นำเอกสารฉบับจริงมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่</u>** ในวันสมัครด้วย (กรณีที่ผู้สมัครเป็นพนักงานราชการ, ลูกจ้างชั่วคราว, ลูกจ้างประจำ **ทั้งรัฐบาลและเอกชน ถ้าเป็นเอกชนให้ประทับตรา ร.ร.ด้วย)
12. ในกรณีเป็นลูกจ้างประจำหรือพนักงานจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต., อบจ., เทศบาล, เมืองพัทยา) จะต้องได้รับการแต่งตั้ง ให้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดการศึกษาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี จะต้องนำสำเนาสัญญาจ้าง***<u>และ</u>***คำสั่งแต่งตั้ง ที่จ้างและแต่งตั้งแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี และให้**<u>นำเอกสารฉบับจริงมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่</u>** ในวันสมัครด้วย (ถ้าสัญญาจ้างปีต่อปีให้นำฉบับเก่ามาด้วย)

★ <u>กรณีลาออกจากสมาชิกแล้วมาสมัครใหม่ให้เตรียมเอกสารข้อ 1. – 8.</u> ★

บุคคลที่แจ้งข้อความอันเป็นเท็จจะถูกตัดสิทธิจากการเป็นสมาชิก ช.พ.ค. และจะไม่ได้รับการสงเคราะห์ใด ๆ ทั้งสิ้น

สำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาจังหวัดชลบุรี
เลขที่รับ.....
วันที่.....
เวลา.....

ชพค. 1

โปรดเขียนตัวบรรจง
และกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

ใบสมัครสมาชิก ช.พ.ค.

○ **กรณีปกติ อายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์ (ไม่เคยเป็นสมาชิก)**

○ **กรณีพิเศษ (ไม่เคยเป็นสมาชิก)**

☐ อายุ 35 ปี ขึ้นไป - 55 ปีบริบูรณ์
☐ อายุ 55 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป - 60 ปี (นับถึง 31 ธ.ค. 56)

○ **กรณีพิเศษ (เคยเป็นสมาชิก แต่ลาออกและสมัครใหม่)**

☐ อายุไม่เกิน 55 ปีบริบูรณ์
☐ อายุ 55 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป - 60 ปีบริบูรณ์
☐ อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

เขียนที่ สำนักงาน สกสค.จังหวัดชลบุรี.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

1. ข้อมูลผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ค. (ทุกกรณี)

(1) ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว ..... อายุ ..... ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐-☐ ☐ ☐ ☐-☐ ☐ ☐ ☐ ☐-☐ ☐-☐

เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ..... คู่สมรสชื่อ .....

(2) ○ ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งท้ายนี้ หรือ ○ เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ค. แต่ลาออกไปแล้วและมาสมัครใหม่

☐ ครู ☐ คณาจารย์ ☐ ผู้บริหารสถานศึกษา ☐ ผู้บริหารการศึกษา
☐ บุคลากรทางการศึกษา ☐ ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา ☐ ลูกจ้างประจำ
☐ ลูกจ้างชั่วคราว ☐ สมาชิกคุรุสภา ☐ อื่น ๆ (ระบุตำแหน่ง) .....

(3) ที่อยู่ปัจจุบัน / ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก ในการจัดส่งเอกสารแบบตอบรับเป็นสมาชิก

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

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

รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... โทรศัพท์เคลื่อนที่ .....

e-mail .....

(4) สถานที่ปฏิบัติงาน (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ..... เขต .....)

หรือหน่วยงานอื่น ชื่อหน่วยงาน / สถานศึกษา .....

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

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ที่ทำงาน .....

2. ข้อมูลสำหรับผู้ที่เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ค. แต่ลาออก แล้วมาสมัครใหม่

เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ค. เลขประจำตัว ..... ลาออกเมื่อวันที่ .....

จังหวัดที่สังกัดครั้งสุดท้ายก่อนลาออก .....

3. การชำระเงิน ข้าพเจ้าได้ชำระเงินในการสมัครครั้งนี้ ดังนี้

3.1 ค่าสมัคร เป็นเงิน.....บาท

3.2 เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า เป็นเงิน.....บาท

3.3 เงินสงเคราะห์รายศพ (เฉพาะผู้ที่เคยเป็นสมาชิก)
ตั้งแต่งวดที่.....ถึงงวดที่..... เป็นเงิน.....บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

ตัวอักษร (.....)

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษาแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. โดยยินยอมปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าและเงินสงเคราะห์รายศพ ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา และประกาศของกรรมการ ช.พ.ค. เรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. หรือเรื่องการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษแล้วแต่กรณี

ลงชื่อ .....

(นางสาวศศิกานต์ วิทะเสน)

ตำแหน่ง นักวิชาการสวัสดิการปฏิบัติการสำนักงาน สกสค.จังหวัดชลบุรี

คำสั่ง ☑ อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ตั้งแต่วันที่ .....

○ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก .....

.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

☑ ผอ. สนง. สกสค. จังหวัด

○ ผอ. สนง. สกสค. กรุงเทพมหานคร

○ ประธานกรรมการ ช.พ.ค.

ลงชื่อ .....

(นายพิชัย เกียรติกุล)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักงาน สกสค.จังหวัดชลบุรี

ชพค. 3

ใบรับรองแพทย์

(สมัครสมาชิก ช.พ.ค. ใช้เฉพาะกรณีพิเศษ อายุเกิน 35 ปี)

สถานที่ .....

วันที่..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง (1).....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่..... สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือ

สถานที่ปฏิบัติงานประจำ .....

.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว .....

เลขประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

ขอรับรองว่า นาย / นาง / นางสาว ..... ไม่เป็นผู้มีร่างกาย

ทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้และไร้ความสามารถจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ ปราศจากโรคเหล่านี้

1. วัณโรคในระยะแพร่กระจายเชื้อ
2. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
3. โรคติดยาเสพติดให้โทษ
4. โรคพิษสุราเรื้อรัง
5. โรคมะเร็งระยะสุดท้าย
6. โรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัด หรือรุนแรง

.....

.....

ถ้าหากจำเป็น สำนักงาน ช.พ.ค. อาจระบุให้แพทย์ทำการตรวจหาโรคเพิ่มเติม

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ (2) .....

.....

.....

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ตรวจ

(.....)

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมโรงพยาบาลภาครัฐ หรือ สถานพยาบาลของ สกสค. เท่านั้น

(2) ให้แสดงว่าผู้รับการตรวจร่างกายเป็นผู้มีสุขภาพสมบูรณ์เพียงใด

(3) ให้ประทับตราของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล

(4) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 15 วัน นับแต่วันที่รับรอง

หนังสือรับรองของผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ค.
กรณีเคยเป็นสมาชิก ช.พ.ค.

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า นาย / นาง / นางสาว .....

เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ค. เลขประจำตัว .....

ลาออกเมื่อวันที่..... จังหวัดที่สังกัดครั้งสุดท้ายก่อนลาออก .....

ชำระเงินสงเคราะห์รายศพครั้งสุดท้ายก่อนลาออกถึงงวดที่ .....

ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

หมายเหตุ
1. ผู้รับรองต้องเป็นผู้อำนวยการสำนักงาน สกสค. จังหวัด / ผู้อำนวยการกลุ่ม ช.พ.ค. หรือ นักวิชาการสวัสดิภาพชำนาญการ
2. หนังสือรับรองฉบับนี้ใช้เฉพาะการรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. กรณีพิเศษที่เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ค. แล้วลาออกและมาสมัครใหม่

ชพค. 10

หน่วยงาน

หนังสือรับรอง

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า .....

ตำแหน่ง .....สถานที่ทำงาน .....

.....

สังกัด .....อัตราเงินเดือน .....บาท

เริ่มรับราชการหรือปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่ .....เดือน .....พ.ศ. .....จนถึงปัจจุบัน

ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน .....พ.ศ. .....

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

หมายเหตุ ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้นขึ้นไปและประทับตราหน่วยงาน