ที่ ศธ ๕๒๐๘.๑/ว ๕๘

สำนักงานคณะกรรมการ สกสค.
๑๒๘/๑ ถนนนครราชสีมา
เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

๖ กันยายน ๒๕๖๖

เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. และ สมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ ๒๐ ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. “๒ ทศวรรษ ครอบครัวครู เราดูแล”

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงาน สกสค. จังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาส ครบรอบ ๒๐ ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. “๒ ทศวรรษ ครอบครัวครู เราดูแล” จำนวน ๑ ฉบับ

๒. ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ส. เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ ๒๐ ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. “๒ ทศวรรษ ครอบครัวครู เราดูแล” จำนวน ๑ ฉบับ

๓. แบบฟอร์มใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค. - ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ จำนวน ๑ ฉบับ

๔. แบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ สำหรับผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ค. - ช.พ.ส. ที่มีอายุเกิน ๖๐ ปีขึ้นไป จนถึง ๖๕ ปี จำนวน ๒ ฉบับ

ด้วยคณะกรรมการ ช.พ.ค. และคณะกรรมการ ช.พ.ส. ในการประชุม ครั้งที่ ๙/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๖ มีมติให้ออกประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. และประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ส. เรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. และ สมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ ๒๐ ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค.“๒ ทศวรรษ ครอบครัวครู เราดูแล” สำหรับผู้ที่มีอายุไม่เกิน ๓๕ ปีบริบูรณ์ หรืออายุเกิน ๓๕ ปีขึ้นไป หรือมีอายุเกิน ๖๐ ปีขึ้นไป จนถึง ๖๕ ปี (นับถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖) หรือผู้ที่เคยลาออกจากการเป็นสมาชิก ช.พ.ค. - ช.พ.ส. โดยเปิดรับสมัครระหว่างวันที่ ๗ กันยายน ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๖ ในวันและเวลาทำการตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๖.๓๐ น. โดยผู้สมัครชำระเงินค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าในการสมัครสมาชิก ช.พ.ค. และ สมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ ในอัตราดังต่อไปนี้

๑. ผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ค. - ช.พ.ส. ที่มีอายุไม่เกิน ๓๕ ปีบริบูรณ์

๑.๑ ค่าสมัคร จำนวน ๒๐ บาท

๑.๒ เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน ๒๐๐ บาท

๒. ผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ค. - ช.พ.ส. ที่มีอายุเกิน ๓๕ ปีขึ้นไป จนถึง ๖๐ ปี (นับถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖) และผู้ที่มีอายุเกิน ๖๐ ปีขึ้นไป จนถึง ๖๕ ปี (นับถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖) หรือผู้ที่เคยลาออกจากการเป็นสมาชิก ช.พ.ค. - ช.พ.ส.

๒.๑ ค่าสมัคร จำนวน ๕๐ บาท

๒.๒ เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน ๕๐๐ บาท

/สำหรับแบบฟอร์ม...

สำหรับแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ค. - ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ ต้องใช้แบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ดังต่อไปนี้

๑. ผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ค. - ช.พ.ส. ที่มีอายุไม่เกิน ๓๕ ปีบริบูรณ์ หรืออายุเกิน ๓๕ ปีขึ้นไป หรือมีอายุไม่เกิน ๖๐ปี (นับถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖) หรือ ผู้ที่เคยลาออกจากการเป็นสมาชิก ช.พ.ค. - ช.พ.ส. ที่มีอายุไม่เกิน ๖๐ ปี (นับถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖) ต้องใช้ใบรับรองแพทย์ที่ออกให้โดยแพทย์ซึ่งขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม รับรองว่าขณะตรวจร่างกายผู้สมัครเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์ และใช้ได้ไม่เกินหนึ่งเดือนนับแต่วันที่ได้มีการตรวจร่างกาย

๒. ผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ค. - ช.พ.ส. ที่มีอายุเกิน ๖๐ ปี จนถึง ๖๕ ปี (นับถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖) หรือ ผู้ที่เคยลาออกจากการเป็นสมาชิก ช.พ.ค. - ช.พ.ส. ที่มีอายุเกิน ๖๐ ปี จนถึง ๖๕ ปี (นับถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖) ต้องใช้แบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ตามแบบที่คณะกรรมการ ช.พ.ค. และ คณะกรรมการ ช.พ.ส. กำหนด โดยแพทย์ซึ่งขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม รับรองว่าขณะตรวจร่างกายผู้สมัครเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์ และใช้ได้ไม่เกินหนึ่งเดือนนับแต่วันที่ได้มีการตรวจร่างกาย

ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. และประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ส. เรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. และ สมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษดังกล่าว จึงขอให้สำนักงาน สกสค. จังหวัด ประชาสัมพันธ์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาในสังกัดจังหวัดของท่านทราบ และดำเนินการรับสมัครตามประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. และ คณะกรรมการ ช.พ.ส. ดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายอานนท์ ทับเที่ยง)
รองเลขาธิการคณะกรรมการ สกสค. ปฏิบัติการแทน
เลขาธิการคณะกรรมการ สกสค.
ประธานกรรมการ ช.พ.ค. - ช.พ.ส.

สำนัก ช.พ.ค. – ช.พ.ส.
กลุ่ม ช.พ.ค.
โทร. ๐๘ ๑๘ ๐๕ ๔๘๑๒, ๐๓ ๑๙๕๓ ๙๖๑๗๓, ๐๘ ๑๘๐๙ ๒๘๑๒
โทรสาร ๐ ๒๒๘๘ ๔๕๕๓

ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค.
เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ
เนื่องในโอกาสครบรอบ 20 ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค.
"2 ทศวรรษ ครอบครัวครู เราดูแล"

เนื่องในโอกาสครบรอบ 20 ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. และเพื่อให้ครูและบุคลากรทางการศึกษาที่มีอายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์ หรืออายุเกิน 35 ปีขึ้นไป หรืออายุเกิน 60 ปีขึ้นไป จนถึง 65 ปี หรือผู้ที่เคยลาออกจากการเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ยกเว้นสมาชิก ช.พ.ค. ที่ถูกถอนชื่อ สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. เพื่อทำการสงเคราะห์ซึ่งกันและกันในการจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัวของสมาชิก ช.พ.ค. กรณีสมาชิก ช.พ.ค. คนใดคนหนึ่งถึงแก่ความตาย

อาศัยอำนาจตามความในข้อ 11 วรรคสาม วรรคสี่ และข้อ 24 (1) ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาว่าด้วย การฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ประกอบกับมติคณะกรรมการ ช.พ.ค. ในการประชุมครั้งที่ 9/2566 วันที่ 30 สิงหาคม 2566 จึงออกประกาศ ดังนี้

ข้อ 1 ประกาศนี้เรียกว่า **"ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 20 ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. 2 ทศวรรษ ครอบครัวครู เราดูแล"**

ข้อ 2 ให้มีการรับสมัครครูและบุคลากรทางการศึกษาที่มีอายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์ หรืออายุเกิน 35 ปีขึ้นไป หรืออายุเกิน 60 ปีขึ้นไป จนถึง 65 ปี หรือผู้ที่เคยลาออกจากการเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ยกเว้นสมาชิก ช.พ.ค. ที่ถูกถอนชื่อ สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ได้เป็นกรณีพิเศษ ตามที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ และให้เปิดรับสมัครระหว่างวันที่ 7 กันยายน 2566 ถึง วันที่ 19 ตุลาคม 2566 ในวันและเวลาทำการตั้งแต่เวลา 08.30 น. - 16.30 น.

ข้อ 3 ให้ผู้ประสงค์สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ตามประกาศนี้ ยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบการสมัครตามแบบที่กำหนดไว้ท้ายประกาศนี้ด้วยตนเองต่อหน้าเจ้าหน้าที่ของสำนักงาน สกสค. จังหวัดที่หน่วยงานผู้เบิกเงินเดือน/ค่าจ้าง หรือบำนาญ ตั้งอยู่

ข้อ 4 ผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ค. ตามประกาศนี้ ต้องมีคุณสมบัติ และชำระเงินค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ดังต่อไปนี้

4.1 คุณสมบัติของผู้สมัคร

4.1.1 ต้องเป็นผู้ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่อย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(1) ครู
(2) คณาจารย์
(3) ผู้บริหารสถานศึกษา
(4) ผู้บริหารการศึกษา
(5) บุคลากรทางการศึกษาอื่น

/(6) ผู้ปฏิบัติงาน...

(6) ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา

(7) สมาชิกคุรุสภา ตามที่กำหนดไว้ในข้อ 9 ของประกาศนี้

กรณีผู้สมัคร เป็นบุคคลตาม (1)-(6) ต้องเป็นผู้มีเงินเดือนประจำ เว้นแต่กรณี (7)

4.1.2 มีอายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์

4.1.3 มีอายุเกิน 35 ปีขึ้นไป จนถึง 60 ปี (นับถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2566) หรือผู้ที่เคยลาออกจากการเป็นสมาชิก ช.พ.ค.

4.1.4 มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป จนถึง 65 ปี (นับถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2566) หรือผู้ที่เคยลาออกจากการเป็นสมาชิก ช.พ.ค.

สำหรับสมาชิก ช.พ.ค. ที่ถูกถอนชื่อ ไม่สามารถสมัครเข้าเป็นสมาชิกตามประกาศนี้ได้

4.2 เงินค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า

4.2.1 ให้ผู้สมัครตามข้อ 4.1.2 ชำระเงินค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าในอัตรา ดังนี้

(1) ค่าสมัคร จำนวน 20 บาท

(2) เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 200 บาท

4.2.2 ให้ผู้สมัครตามข้อ 4.1.3 และ 4.1.4 ชำระเงินค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าในอัตรา ดังนี้

(1) ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท

(2) เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 500 บาท

4.3 การคืนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า

ให้คืนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าแก่ครอบครัวของสมาชิก ช.พ.ค. เมื่อสมาชิกภาพของสมาชิก ช.พ.ค. สิ้นสุดลง ตามที่กำหนดไว้ในระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาว่าด้วย การฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

ข้อ 5 เอกสารหลักฐานในการสมัคร

ให้ผู้สมัครแสดงบัตรประจำตัวประชาชนต่อหน้าเจ้าหน้าที่ พร้อมเอกสารหลักฐานที่รับรองสำเนาถูกต้อง ดังนี้

5.1 สำเนาคำร้องการเปลี่ยนชื่อตัว - ชื่อสกุล คำนำหน้านาม หรือ การขอใช้ชื่อสกุลเดิม หรือทุกกรณีที่ชื่อตัว - ชื่อสกุลของผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ไม่ตรงตามเอกสาร

5.2 สำเนาใบสำคัญการสมรส (ถ้ามี) 1 ฉบับ

5.3 ใบรับรองแพทย์ที่ออกให้โดยแพทย์ซึ่งขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม รับรองว่าขณะตรวจร่างกายผู้สมัครเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ และให้ใช้ได้ 1 เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

สำหรับกรณีผู้สมัครที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป จนถึง 65 ปี (นับถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2566) หรือผู้ที่เคยลาออกจากการเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ต้องมีใบรับรองแพทย์ตามที่คณะกรรมการ ช.พ.ค. กำหนด

ข้อ 6 นอกจากเอกสารหลักฐานตามข้อ 5 ให้ผู้สมัครที่เป็นครูและบุคลากรทางการศึกษาซึ่งสังกัดโรงเรียนในระบบตามพระราชบัญญัติโรงเรียนเอกชน พ.ศ. 2550 ยื่นสำเนาหนังสือแต่งตั้งครูให้ปฏิบัติหน้าที่หรือสำเนาหนังสือแต่งตั้งบุคลากรทางการศึกษาให้ปฏิบัติหน้าที่ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องประกอบการสมัครและ**ให้นำเอกสารฉบับจริง (ถ้ามี) มาแสดงต่อหน้าเจ้าหน้าที่ในวันสมัคร**

/ข้อ 7 นอกจาก...

ข้อ 7 นอกจากเอกสารหลักฐานตามข้อ 5 ให้ผู้สมัครที่เป็นเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างของสหกรณ์ออมทรัพย์ครู ให้ยื่นเอกสารหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่งพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องประกอบการสมัคร ดังนี้

7.1 สำเนาคำสั่งแต่งตั้งหรือหนังสือรับรองให้เป็นเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้าง **หรือ**

7.2 สำเนาสัญญาจ้าง หรือเอกสารหลักฐานที่แสดงว่าหน่วยงานจ้างให้ปฏิบัติหน้าที่ โดยเอกสารหรือสัญญาจ้างนั้นต้องมีกำหนดเวลาจ้างต่อเนื่องกันไม่น้อยกว่า 1 ปี

ข้อ 8 นอกจากเอกสารหลักฐานตามข้อ 5 ให้ผู้สมัครที่เป็นลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราวรายปี หรือที่เรียกชื่ออย่างอื่นที่ปฏิบัติงานในลักษณะเดียวกันในสังกัดหรือในกำกับดูแลของกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สำนักนายกรัฐมนตรี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน ให้ยื่นเอกสารหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่งพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องประกอบการสมัคร ดังนี้

8.1 สำเนาคำสั่งมอบหมายให้เป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการจัดการศึกษา **หรือ**

8.2 สำเนาคำสั่งบรรจุและแต่งตั้ง หรือ สำเนาสัญญาจ้าง หรือ เอกสารหลักฐานที่แสดงว่าหน่วยงานจ้างให้ปฏิบัติหน้าที่ โดยเอกสารหรือสัญญาจ้างนั้นต้องมีกำหนดเวลาจ้างต่อเนื่องกันไม่น้อยกว่า 1 ปี

ข้อ 9 นอกจากเอกสารหลักฐานตามข้อ 5 ให้ผู้สมัครที่เคยเป็นสมาชิกคุรุสภา ก่อนวันที่ 12 มิถุนายน 2546 ให้ยื่นเอกสารหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่งพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องประกอบการสมัคร ดังนี้

9.1 สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกคุรุสภาประเภทตลอดชีพ หรือ สำเนาใบเสร็จรับเงินค่าบำรุงสมาชิกคุรุสภารายปี **หรือ**

9.2 สำเนา ก.พ. 7 หรือ สำเนาสมุดประวัติประจำตัวครู สังกัดสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชนที่แสดงเป็นหลักฐานว่าเคยปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี **หรือ**

9.3 ในกรณีไม่มีเอกสารหลักฐานตามข้อ 9.1 และ 9.2 ให้ขอหนังสือรับรองจากหน่วยงานต้นสังกัด หรือกรณีที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานศึกษาเอกชนให้ขอหนังสือรับรองจากผู้รับใบอนุญาตจัดตั้งโรงเรียนเอกชน ซึ่งเคยปฏิบัติหน้าที่ ณ สถานศึกษาแห่งนั้น

ข้อ 10 ผู้ใดยื่นใบสมัครอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความอันควรแจ้งให้ทราบ หรือกระทำการอื่นใดโดยไม่สุจริต เพื่อให้ได้มาซึ่งสิทธิในการเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ให้ถือว่าผู้นั้นไม่มีสิทธิสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. มาตั้งแต่ต้น และมิได้รับการสงเคราะห์ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาว่าด้วย การฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

ในกรณีที่มีปัญหาอันเกี่ยวกับการปฏิบัติตามประกาศนี้ ให้คณะกรรมการ ช.พ.ค. เป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาด และให้คำวินิจฉัยดังกล่าวเป็นที่สุด

ประกาศ ณ วันที่ 30 สิงหาคม พ.ศ. 2566

(นายพิเชฐ โพธิ์ภักดี)
รองปลัดกระทรวงศึกษาธิการ รักษาการแทน
เลขาธิการคณะกรรมการ สกสค.
ประธานกรรมการ ช.พ.ค.

ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ส.
เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ
เนื่องในโอกาสครบรอบ 20 ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค.
"2 ทศวรรษ ครอบครัวครู เราดูแล"

เนื่องในโอกาสครบรอบ 20 ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. และเพื่อให้คู่สมรสของครูและบุคลากรทางการศึกษาที่มีอายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์ หรืออายุเกิน 35 ปีขึ้นไป หรือมีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป จนถึง 65 ปี หรือผู้ที่เคยลาออกจากการเป็นสมาชิก ช.พ.ส. ยกเว้นสมาชิก ช.พ.ส. ที่ถูกถอนชื่อ สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. เพื่อทำการสงเคราะห์ซึ่งกันและกัน ในการจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัวของสมาชิก ช.พ.ส. กรณีสมาชิก ช.พ.ส. คนใดคนหนึ่งถึงแก่ความตาย

อาศัยอำนาจตามความในข้อ 9 วรรคสาม วรรคสี่ และข้อ 23 (1) ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาว่าด้วย การฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ในกรณีคู่สมรสถึงแก่ความตาย พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ประกอบกับมติคณะกรรมการ ช.พ.ส. ในการประชุมครั้งที่ 9/2566 วันที่ 30 สิงหาคม 2566 จึงออกประกาศ ดังนี้

ข้อ 1 ประกาศนี้เรียกว่า "**ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ส. เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 20 ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. 2 ทศวรรษ ครอบครัวครู เราดูแล**"

ข้อ 2 ให้มีการรับสมัครคู่สมรสของครูและบุคลากรทางการศึกษาที่มีอายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์ หรืออายุเกิน 35 ปีขึ้นไป หรือมีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป จนถึง 65 ปี หรือผู้ที่เคยลาออกจากการเป็นสมาชิก ช.พ.ส. ยกเว้นสมาชิก ช.พ.ส. ที่ถูกถอนชื่อ สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. ได้เป็นกรณีพิเศษ ตามที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ และให้เปิดรับสมัครระหว่างวันที่ 7 กันยายน 2566 ถึง วันที่ 19 ตุลาคม 2566 ในวันและเวลาทำการตั้งแต่เวลา 08.30 น. - 16.30 น.

ข้อ 3 ให้ผู้ประสงค์สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. ตามประกาศนี้ ยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบการสมัครตามแบบที่กำหนดไว้ท้ายประกาศนี้ด้วยตนเอง ต่อหน้าเจ้าหน้าที่ของสำนักงาน สกสค. จังหวัดที่หน่วยงานผู้เบิกเงินเดือน/ค่าจ้าง หรือบำนาญ ตั้งอยู่

ข้อ 4 ผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส. ตามประกาศนี้ ต้องมีคุณสมบัติและชำระเงินค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ดังต่อไปนี้

4.1 คุณสมบัติของผู้สมัคร

4.1.1 ต้องเป็นคู่สมรสที่ชอบด้วยกฎหมาย ของผู้ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่อย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(1) ครู
(2) คณาจารย์
(3) ผู้บริหารสถานศึกษา
(4) ผู้บริหารการศึกษา

/ (5) บุคลากร...

(5) บุคลากรทางการศึกษาอื่น

(6) ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา

(7) สมาชิกคุรุสภา ตามที่กำหนดไว้ใน ข้อ 9 ของประกาศนี้

กรณีคู่สมรสของผู้สมัครเป็นบุคคลตาม (1)-(6) ต้องเป็นผู้มีเงินเดือนประจำ เว้นแต่กรณี (7)

4.1.2 มีอายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์

4.1.3 มีอายุเกิน 35 ปีขึ้นไป จนถึง 60 ปี (นับถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2566) หรือผู้ที่เคยลาออกจากการเป็นสมาชิก ช.พ.ส.

4.1.4 มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป จนถึง 65 ปี (นับถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2566) หรือผู้ที่เคยลาออกจากการเป็นสมาชิก ช.พ.ส.

สำหรับสมาชิก ช.พ.ส. ที่ถูกถอนชื่อ ไม่สามารถสมัครเข้าเป็นสมาชิกตามประกาศนี้ได้

4.2 เงินค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า

4.2.1 ให้ผู้สมัครตามข้อ 4.1.2 ชำระเงินค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าในอัตรา ดังนี้

(1) ค่าสมัคร จำนวน 20 บาท

(2) เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 200 บาท

4.2.2 ให้ผู้สมัครตามข้อ 4.1.3 และ 4.1.4 ชำระเงินค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ในอัตรา ดังนี้

(1) ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท

(2) เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 500 บาท

4.3 การคืนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า

ให้คืนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าแก่ครอบครัวของสมาชิก ช.พ.ส. เมื่อสมาชิกภาพของสมาชิก ช.พ.ส. สิ้นสุดลง ตามที่กำหนดไว้ในระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษาในกรณีคู่สมรสถึงแก่ความตาย พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

ข้อ 5 เอกสารหลักฐานในการสมัคร

ให้ผู้สมัครแสดงบัตรประจำตัวประชาชนต่อหน้าเจ้าหน้าที่ พร้อมเอกสารหลักฐานที่รับรองสำเนาถูกต้อง ดังนี้

5.1 ใบสำคัญการสมรส / หลักฐานการสมรส ฉบับจริงพร้อมสำเนา จำนวน 1 ฉบับ

5.2 สำเนาคำร้องการเปลี่ยนชื่อตัว-ชื่อสกุล คำนำหน้านาม หรือ การขอใช้ชื่อสกุลเดิม หรือ ทุกกรณีที่ชื่อตัว-ชื่อสกุล ของผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ส. และคู่สมรส ไม่ตรงตามเอกสาร

5.3 ใบรับรองแพทย์ ที่ออกให้โดยแพทย์ซึ่งขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม รับรองว่าขณะตรวจร่างกายผู้สมัครเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ และให้ใช้ได้ 1 เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

สำหรับกรณีผู้สมัครที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จนถึง 65 ปี (นับถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2566) หรือผู้ที่เคยลาออกจากการเป็นสมาชิก ช.พ.ส. ต้องมีใบรับรองแพทย์ ตามที่คณะกรรมการ ช.พ.ส. กำหนด

ข้อ 6 นอกจากเอกสารหลักฐานตามข้อ 5 ให้คู่สมรสของผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส. ที่เป็นครูและบุคลากรทางการศึกษา ซึ่งสังกัดโรงเรียนในระบบตามพระราชบัญญัติโรงเรียนเอกชน พ.ศ. 2550 ยื่นสำเนาหนังสือแต่งตั้งครูให้ปฏิบัติหน้าที่ หรือสำเนาหนังสือแต่งตั้งบุคลากรทางการศึกษาให้ปฏิบัติหน้าที่ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องประกอบการสมัคร **และให้นำเอกสารฉบับจริง (ถ้ามี) มาแสดงต่อหน้าเจ้าหน้าที่ในวันสมัคร**

/ ข้อ 7 นอกจาก...

ข้อ 7 นอกจากเอกสารหลักฐานตามข้อ 5 ให้คู่สมรสของผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส. ที่เป็นเจ้าหน้าที่ หรือลูกจ้างของสหกรณ์ออมทรัพย์ครู ยื่นเอกสารหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องประกอบการสมัคร ดังนี้

7.1 สำเนาคำสั่งแต่งตั้งหรือหนังสือรับรอง ให้คู่สมรสของผู้สมัครเป็นเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้าง **หรือ**

7.2 สำเนาสัญญาจ้าง หรือเอกสารหลักฐานที่แสดงว่าหน่วยงานจ้างให้คู่สมรสของผู้สมัครปฏิบัติหน้าที่โดยเอกสารหรือสัญญาจ้างนั้นต้องมีกำหนดเวลาจ้างต่อเนื่องกันไม่น้อยกว่า 1 ปี

ข้อ 8 นอกจากเอกสารหลักฐานตามข้อ 5 ให้คู่สมรสของผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส. ที่เป็นลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราวรายปีหรือที่เรียกชื่ออย่างอื่นที่ปฏิบัติงานในลักษณะเดียวกันในสังกัดหรือในกำกับดูแลของกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สำนักนายกรัฐมนตรี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน ให้ยื่นเอกสารหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่งพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องประกอบการสมัคร ดังนี้

8.1 สำเนาคำสั่งมอบหมายให้คู่สมรสของผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส. เป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการจัดการศึกษา **หรือ**

8.2 สำเนาคำสั่งบรรจุและแต่งตั้ง หรือสำเนาสัญญาจ้าง หรือเอกสารหลักฐานที่แสดงว่าหน่วยงานจ้างให้คู่สมรสของผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส. ปฏิบัติหน้าที่ โดยเอกสารหรือสัญญาจ้างนั้นต้องมีกำหนดเวลาจ้างต่อเนื่องกันไม่น้อยกว่า 1 ปี

ข้อ 9 นอกจากเอกสารหลักฐานตามข้อ 5 ให้คู่สมรสของผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส. ที่เคยเป็นสมาชิกคุรุสภา ก่อนวันที่ 12 มิถุนายน 2546 ให้ยื่นเอกสารหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่งพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องประกอบการสมัคร ดังนี้

9.1 สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกคุรุสภาประเภทตลอดชีพ หรือสำเนาใบเสร็จรับเงินค่าบำรุงสมาชิกคุรุสภารายปี **หรือ**

9.2 สำเนา ก.พ. 7 หรือสำเนาสมุดประวัติประจำตัวครู สังกัดสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน**ที่แสดงเป็นหลักฐานว่าคู่สมรสของผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส. เคยปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี หรือ**

9.3 ในกรณีไม่มีเอกสารหลักฐานตามข้อ 9.1 และ 9.2 ให้ขอหนังสือรับรองจากหน่วยงานต้นสังกัด หรือกรณีที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานศึกษาเอกชน ให้ขอหนังสือรับรองจากผู้รับใบอนุญาตจัดตั้งโรงเรียนเอกชน ซึ่งเคยปฏิบัติหน้าที่ ณ สถานศึกษาแห่งนั้น

ข้อ 10 ผู้ใดยื่นใบสมัครอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความอันควรแจ้งให้ทราบ หรือกระทำการอื่นใดโดยไม่สุจริต เพื่อให้ได้มาซึ่งสิทธิในการเป็นสมาชิก ช.พ.ส. ให้ถือว่าผู้นั้นไม่มีสิทธิสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. ตั้งแต่ต้น และมิได้รับการสงเคราะห์ ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาว่าด้วย การฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ในกรณีคู่สมรสถึงแก่ความตาย พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

ในกรณีที่มีปัญหาอันเกี่ยวกับการปฏิบัติตามประกาศนี้ ให้คณะกรรมการ ช.พ.ส. เป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาด และให้คำวินิจฉัยดังกล่าวเป็นที่สุด

ประกาศ ณ วันที่ 30 สิงหาคม พ.ศ. 2566

(นายพิเชฐ โพธิ์ภักดี)
รองปลัดกระทรวงศึกษาธิการ รักษาการแทน
เลขาธิการคณะกรรมการ สกสค.
ประธานกรรมการ ช.พ.ส.

○ กรณีอายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์
○ กรณีอายุเกิน 35 ปีขึ้นไป - 60 ปี
○ กรณีอายุเกิน 61 ปีขึ้นไป – 65 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

○ กรณีอายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์
- ค่าสมัคร จำนวน 20 บาท
- ค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 200 บาท

○ กรณีอายุเกิน 35 ปีขึ้นไป – 60 ปี หรืออายุเกิน 61 ปีขึ้นไป - 65 ปี หรือผู้ที่เคยลาออกจากการเป็นสมาชิก ช.พ.ค.
- ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท
- ค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 500 บาท

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

ข้าพเจ้าได้รับทราบหลักการและเข้าใจวัตถุประสงค์ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา 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.....
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.ค. ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนในการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วนถูกต้องเรียบร้อยแล้ว พร้อมทั้งชำระเงินค่าสมัคร เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 และประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 20 ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. “2 ทศวรรษ ครอบครัวครู เราดูแล” และได้กระทำต่อหน้าข้าพเจ้าจริง

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

4. คำสั่ง (กรณีไม่อนุมัติให้อธิบายเหตุผลประกอบ)

.....
.....

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

○ กรณีอายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์
○ กรณีอายุเกิน 35 ปีขึ้นไป - 60 ปี
○ กรณีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป - 65 ปี
○ กรณีเคยลาออกจากการเป็นสมาชิก ช.พ.ส.

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ส. กรณีพิเศษ

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

1. สำหรับผู้สมัคร

1. ข้อมูลของผู้สมัครเป็นสมาชิก ช.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 ช.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 .....
ปัจจุบันข้าพเจ้ารับเงินเดือน/ค่าจ้างประจำ จากหน่วยงาน .....
เลขที่ ..... ถนน ..... แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ .....
จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....
* กรณีย้ายที่อยู่/สถานที่ปฏิบัติงาน ข้าพเจ้าจะแจ้งเปลี่ยนแปลงให้สำนักงาน สกสค. จังหวัด ทราบภายใน 30 วัน นับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลง

3. บุคคลที่สามารถติดต่อได้ กรณีไม่สามารถติดต่อผู้สมัครและคู่สมรสของผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส. ได้

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

4. การชำระเงิน ข้าพเจ้าได้ชำระเงินในการสมัครครั้งนี้ ดังนี้

○ กรณีอายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์
- ค่าสมัคร จำนวน 20 บาท
- ค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 200 บาท

○ กรณีอายุเกิน 35 ปีขึ้นไป – 60 ปี หรืออายุเกิน 60 - 65 ปี หรือผู้ที่เคยลาออกจากการเป็นสมาชิก ช.พ.ส.
- ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท
- ค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 500 บาท

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

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

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร
(.....)

2. คำรับรองของผู้บังคับบัญชาหรือหน่วยงานผู้เบิกเงินเดือน/ค่าจ้าง ของคู่สมรสผู้สมัครสมาชิก

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว ..... ชื่อ-สกุล ..... 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."2 ทศวรรษ ครอบครัวครู เราดูแล" และได้กระทำต่อหน้าข้าพเจ้าจริง

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

4. คำสั่ง (กรณีไม่อนุมัติให้อธิบายเหตุผลประกอบ)

.....
.....

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

ชพค.

ใบรับรองแพทย์

(สมัครสมาชิก ช.พ.ค. กรณีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป จนถึง 65 ปี)

สถานที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ .....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง (1).....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ .....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือสถานที่ปฏิบัติงาน.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

.....

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

ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว..... ไม่เป็นโรคดังต่อไปนี้

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

ถ้าหากจำเป็น สำนักงานอาจระบุให้แพทย์ทำการตรวจโรคเพิ่มเติม.....

สรุปความคิดเห็นข้อแนะนำของแพทย์ (2).....

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(.....)

หมายเหตุ

(1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมโรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลครู เท่านั้น

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด

(3) ประทับตราของโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลครูด้วย

(4) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย

ส่วนของผู้รับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

หมายเลขประจำตัวประชาชน.....

ข้าพเจ้าขอรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

1. โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐มี ระบุ.....
2. อุบัติเหตุและผ่าตัด ☐ ไม่มี ☐มี ระบุ.....
3. เคยเข้ารับการรักษาโรงพยาบาล ☐ ไม่มี ☐มี ระบุ.....
4. ประวัติอื่นที่สำคัญ ☐ ไม่มี ☐มี ระบุ.....

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

ผู้ขอรับการตรวจรับรองสุขภาพต้องรับรองสุขภาพให้เป็นตามความจริง หากปรากฏว่าเป็นการให้คำรับรองเท็จ ให้ถือว่าไม่มีสิทธิสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ตั้งแต่ต้น และมิได้รับการสงเคราะห์ตามระเบียบ

ชพส.

ใบรับรองแพทย์

(สมัครสมาชิก ช.พ.ส. กรณีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป จนถึง 65 ปี)

สถานที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ .....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง (1).....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือสถานที่ปฏิบัติงาน.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

.....

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

ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว..... ไม่เป็นโรคดังต่อไปนี้

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

ถ้าหากจำเป็น สำนักงานอาจระบุให้แพทย์ทำการตรวจโรคเพิ่มเติม.....

สรุปความคิดเห็นข้อแนะนำของแพทย์ (2).....

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(.....)

หมายเหตุ

(1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมโรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลครู เท่านั้น

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด

(3) ประทับตราของโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลครูด้วย

(4) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย

ส่วนของผู้รับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

หมายเลขประจำตัวประชาชน.....

ข้าพเจ้าขอรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

1. โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐มี ระบุ.....
2. อุบัติเหตุและผ่าตัด ☐ ไม่มี ☐มี ระบุ.....
3. เคยเข้ารับการรักษาโรงพยาบาล ☐ ไม่มี ☐มี ระบุ.....
4. ประวัติอื่นที่สำคัญ ☐ ไม่มี ☐มี ระบุ.....

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

ผู้ขอรับการตรวจรับรองสุขภาพ ต้องรับรองสุขภาพให้เป็นตามความจริง หากปรากฏว่าเป็นการให้คำรับรองเท็จ ให้ถือว่าไม่มีสิทธิสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. ตั้งแต่ต้น และมิได้รับการสงเคราะห์ตามระเบียบ