**ใบสมัครสมาชิก ปี...................**

**สวัสดิการ (ฌกส.) ของอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอโพธาราม**

เรื่อง ขอสมัครเป็นสมาชิกสวัสดิการ ฌกส. ใหม่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอโพธาราม (กองใหญ่)

เรียน ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอโพธาราม

 ข้าพเจ้า (นาย,นาง,น.ส.)..........................................................นามสกุล.................................................................................

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

บ้านเลขที่.................หมู่ที่................ตำบล........................................อำเภอ.........................................จังหวัด......................................

 มีความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิกสวัสดิการ ฌกส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอโพธาราม ปี.................ประเภท

|  |  |
| --- | --- |
| 1. สามัญ 🗆 ใหม่ 🗆 เก่า เลขสมาชิก ปี.....................
 | 1. วิสามัญ 🗆 ใหม่ 🗆 เก่า เลขสมาชิก ปี.....................
 |
|  |  |

 ปัจจุบันข้าพเจ้า 🗆 เป็นผู้มีสุขภาพแข็งแรงและไม่พิการ 🗆 พิการ ระบุ......................................................................

 หากข้าพเจ้าเสียชีวิต ข้าพเจ้าขอมอบให้บุคลต่อไปนี้ เป็นผู้รับผลประโยชน์ตามหลักเกณฑ์และข้อปฏิบัติที่ทำไว้กับชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอโพธาราม ดังนี้

1………………………………………………………………………. เกี่ยวข้องเป็น.............................................................................ของข้าพเจ้า2………………………………………………………………………. เกี่ยวข้องเป็น.............................................................................ของข้าพเจ้า ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้ทราบหลักเกณฑ์และข้อบังคับของชมรมฯ โดยละเอียดแล้วและขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามระเบียบของชมรมทุกประการพร้อมกับนี้ข้าพเจ้า ได้ส่งเงินเพื่อชำระแก่ชมรม ดังนี้

1. ค่าสมัครรายใหม่ คนละ 100 บาท ครั้งเดียว
2. สมาชิกใหม่ สมัครได้ตลอดพร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัว อสม. และบัตรประชาชนพร้อมรับรองสำเนาและสำเนาบัตรผู้รับผลปประโยชน์
3. สมาชิกเก่าและใหม่จ่ายค่าศพเป็นราย ๆ ละ 50 บาท จำนวน 10 ศพ เป็นเงิน 500 บาท (ครบ 10 ศพ เก็บเพิ่มโดยแจ้งผ่านทางชมรม)
4. คุณสมบัตรของสมาชิกใหม่ต้องมีอายุไม่เกิน 55 ปี บริบูรณ์

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

1. สมาชิกใหม่ที่มีอายุสมาชิกไม่ถึง 6 เดือน เสียชีวิตจะได้รับเงินคืนค่าสมัคร
2. สมาชิกที่มีอายุเกิน 12 เดือน เสียชีวิตจะได้รับเงินช่วยเหลือ 10,000 บาท
3. สมาชิกเสียชีวิตครบกำหนดเวลากำหนด ได้รับเงินสงเคราะห์ 50,000 บาท

🗆 สมาชิกใหม่ จำนวน -600- บาท เป็น -ค่าสมัคร/ค่าบำรุง 100 บาท -ค่าสำรองศพ 500 บาท

ลงชื่อ................................................ผู้สมัคร ลงชื่อ................................................ผู้สมัคร

 (......................................................) (......................................................) ประธาน อสม.ตำบล/จนท.

......................................................................................................................................................................................................................................

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน

(ใบเสร็จตัวจริงและเอกสารสิทธิประโยชน์จะนำส่งผ่านสถานบริการสาธารณสุขให้ท่านอีกครั้งหนึ่ง)

ได้รับเงินจาก (นาย,นาง,น.ส.) ...................................................................นามสกุล..................................................................................................

บ้านเลขที่..............หมู่ที่...............ตำบล.....................................................อำเภอ....................................................จังหวัด.......................................

เป็นค่าสมัครสมาชิกสวัสดิการ ฌกส. ปี ....................... 🗆 สมาชิกใหม่ จำนวน -600- บาท (หกร้อยบาทถ้วน)

 ลงชื่อ.............................................................ผู้รับเงิน (ประธานชมรม อสม. อ.โพธาราม/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

 วันที่..............................................................

\*\*\*\*กรุณาเก็บไว้เป็นหลักฐาน เพื่อขอรับสวัสดิการ กรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ และยืนยันการเป็นสมาชิก\*\*\*\*

(มีผลเมื่อเงินเข้าบัญชีแล้ว)