

**ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ข.พ.ค. กรณีพิเศษ****1. สำหรับผู้สมัคร**เขียนที่ สำนักงาน สกสค. จังหวัด
วันที่ เดือน พ.ศ.**1. ข้อมูลของผู้สมัครเป็นสมาชิก ข.พ.ค.**

- (1) ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว ชื่อ-สกุล อายุ ปี
เลขบัตรประจำตัวประชาชน เกิดวันที่ เดือน พ.ศ.
คู่สมรสชื่อ
- (2) เป็นผู้ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง
 ครู คณาจารย์ ผู้บริหารสถานศึกษา ผู้บริหารการศึกษา
 บุคลากรทางการศึกษาอื่น ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา 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 / สถานศึกษาสังกัด
ปัจจุบันข้าพเจ้าได้รับเงินเดือน/ค่าจ้างประจำจากหน่วยงาน
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

- | | | |
|---|----------|--------------|
| 4.1 ค่าสมัคร | เป็นเงิน | 100.00 บาท |
| 4.2 เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า | | |
| <input type="checkbox"/> สมัครระหว่างวันที่ 16 เมษายน - 15 กรกฎาคม 2563 | เป็นเงิน | 2,000.00 บาท |
| <input type="checkbox"/> สมัครระหว่างวันที่ 16 กรกฎาคม - 15 ตุลาคม 2563 | เป็นเงิน | 3,000.00 บาท |
| <input type="checkbox"/> สมัครระหว่างวันที่ 16 ตุลาคม 2563 - 15 มกราคม 2564 | เป็นเงิน | 5,000.00 บาท |

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น บาท

ตัวอักษร (.....)

ข้าพเจ้า ได้รับทราบหลักการและเข้าใจวัตถุประสงค์ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการณำปนกิจสงเคราะห์ช่วยเหลือครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2561 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 แล้ว และมีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก ข.พ.ค. โดยยินยอมปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวทุกประการ และขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เคยสมัครเป็นสมาชิก ข.พ.ค. มาก่อน

ลงชื่อ ผู้สมัคร
(.....)

2. คำรับรองของผู้บังคับบัญชาหรือหน่วยงานผู้เบิกเงินเดือน/ค่าจ้าง ของผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ค.

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.ค. ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนในการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วนถูกต้องเรียบร้อยแล้ว พร้อมทั้งชำระเงินค่าสมัคร เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ประกาศของคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 68 ปี การฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ฉบับลงวันที่ 3 มีนาคม 2563 และประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่องแก้ไขเพิ่มเติมประกาศเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 68 ปี การฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ฉบับลงวันที่ และได้กระทำต่อหน้าข้าพเจ้าจริง

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ เดือน พ.ศ.

4. คำสั่ง (กรณีไม่อนุมัติ ให้อธิบายเหตุผลประกอบ)

ลงชื่อ
(.....)

ผู้อำนวยการสำนักงาน สกสค. จังหวัด.....

วันที่ เดือน พ.ศ.