



ถ้อยแถลงและให้การยินยอมของผู้สมัครสมาชิก สสอ. (รอบพิเศษ)

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง/ นางสาว/ ยศเต็ม ชื่อ – สกุล)..... นามสกุล

เลขประจำตัวประชาชน อายุ ปี

ขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สสอ. (รอบพิเศษ) ดังนี้

- ☐ 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- ☐ 2. ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- ☐ 3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ

4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

- | | |
|--------------------------|---|
| 4.1 โรคมะเร็ง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |
| 4.2 โรคหัวใจ | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |
| 4.3 โรควัณโรค | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |
| 4.4 โรคปอดเรื้อรัง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |
| 4.5 โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |
| 4.6 ภาวะไตวาย (ล้างไต) | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |
| 4.7 โรคเอดส์/HIV | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |
| 4.8 โรคตับแข็ง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |
| 4.9 โรคเอสแอลอี (SLE) | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |

5. โรคภัยแรงอื่น ๆ (ระบุ)

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้ดังกล่าวข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้ว ถือว่าการสมัครเป็นสมาชิกเป็นโมฆะ ให้ สสอ. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิก สสอ. ตามข้อบังคับ สสอ. (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568 ข้อ 16(5) ได้ทันที และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้า จะไม่ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใด ๆ และขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้งข้าพเจ้าไม่ติดใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจาก สสอ. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับของ สสอ.ทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ สสอ. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้ พร้อมนี้ ข้าพเจ้าและผู้รับเงินสงเคราะห์ทุกคน ได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญด้วยแล้ว



ลงชื่อ ผู้สมัครสมาชิก สสอ.
(.....)

ลงชื่อ พยาน/ ผู้รับเงินสงเคราะห์ คนที่ 1
(.....)

ลงชื่อ พยาน/ ผู้รับเงินสงเคราะห์ คนที่ 2
(.....)

ลงชื่อ พยาน/ ผู้รับเงินสงเคราะห์ คนที่ 3
(.....)

ลงชื่อ พยาน/ ผู้รับเงินสงเคราะห์ คนที่ 4
(.....)

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน
(.....)

ลงชื่อ ประธาน/ผู้จัดการศูนย์ประสานงาน
(.....)

หมายเหตุ ให้ผู้รับเงินสงเคราะห์ลงลายมือชื่อทุกคน ถ้าไม่พอให้เขียนเพิ่ม