

**พทส.001 ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ**

**กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจดทะเบียนแล้ว**

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

เรียน คณะกรรมการกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจดทะเบียนแล้ว

ข้าพเจ้า  นาย /  นาง /  นางสาว /  ยศและฐานันดร .....

ชื่อ ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี

หน่วยงานในสังกัด/หน่วยบริการ ..... กรม ..... จังหวัด.....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

โทรศัพท์มือถือ ..... เลขประจำตัวประชาชน ----

วัน/เดือน/ปีเกิด -- วันที่/เดือน/ปีที่เข้าทำงาน --

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจดทะเบียนแล้ว โดยข้าพเจ้าได้ทราบข้อบังคับกองทุน และสิทธิหน้าที่ของข้าพเจ้าดีแล้ว และตกลงที่จะปฏิบัติตามทุกประการ ในการนี้ ข้าพเจ้าขอให้ นายจ้างหักเงินสะสมจากค่าจ้างของข้าพเจ้าทุก ๆ งวดการจ่ายค่าจ้างในอัตราร้อยละ

- 2%    3%    4%    5%    6%    7%    8%
- 9%    10%    11%    12%    13%    14%    15%

แล้วนำส่งเข้ากองทุนตามนโยบายการลงทุนที่กองทุนกำหนดไว้ พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าขอระบุบุคคลผู้มีสิทธิรับประโยชน์ทั้งสิ้นของข้าพเจ้าในกรณีที่ข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้งสิ้น ..... คน ตามรายละเอียดและอัตราส่วน ดังต่อไปนี้

บุคคลผู้มีสิทธิรับประโยชน์	อัตราส่วน (%)
1. ชื่อ-นามสกุล ..... เกี่ยวข้องเป็น ..... ที่อยู่ติดต่อได้ .....	
1. ชื่อ-นามสกุล ..... เกี่ยวข้องเป็น ..... ที่อยู่ติดต่อได้ .....	
<b>รวม</b>	<b>100%</b>

**หมายเหตุ** กรณีมีผู้รับผลประโยชน์เกินกว่า 2 ราย ให้ทำบัญชีรายชื่อเพิ่มเติม พร้อมลงลายมือชื่อกำกับตามแบบฟอร์ม พทส.001.1

อนึ่ง ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ได้ระบุเงื่อนไขการจ่ายเงินแก่ผู้รับประโยชน์ไว้ หรือเงื่อนไขที่กำหนดไว้ไม่ชัดเจนหรืออาจตีความได้หลายนัย ข้าพเจ้าประสงค์ให้กองทุนจัดสรรให้แก่ผู้รับประโยชน์ตามส่วนที่เท่า ๆ กัน

ในกรณีที่ผู้รับประโยชน์คนใดถึงแก่ความตายก่อนหรือถึงแก่ความตายพร้อมกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าประสงค์ให้นำส่วนของผู้รับ ประโยชน์ที่ถึงแก่ความตายนั้นจัดสรรให้แก่ผู้รับประโยชน์ที่ยังมีชีวิตอยู่ตามเงื่อนไขการจ่ายเงินแก่ผู้รับประโยชน์ที่ระบุไว้ข้างต้น

ทั้งนี้ หากมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์ และ/หรือ อัตราส่วนของผู้รับประโยชน์ที่ระบุไว้ข้างต้น ข้าพเจ้าจะแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรต่อคณะกรรมการกองทุน

<b>ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการและรับทราบ ข้อบังคับ กสส.พทส. แล้ว</b>	<b>ขอรับรองว่าตรวจสอบแล้วถูกต้องทุกประการ และเห็นสมควรอนุมัติให้เป็นสมาชิก กสส.พทส.</b>
ลงชื่อ ..... (ผู้สมัคร) (.....)	ลงชื่อ ..... (.....)
ลงชื่อ ..... (พยาน) (.....)	ตำแหน่ง ..... วันที่ ..... / ..... / ..... <b>คณะกรรมการกองทุน</b> <b>หรือหัวหน้าหน่วยงาน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย</b>
ลงชื่อ ..... (พยาน) (.....)	

**คำชี้แจง : การเข้าเป็นสมาชิกกองทุน**

- พนักงานกระทรวงสาธารณสุข จะเป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจดทะเบียนแล้ว สมบูรณ์ต่อเมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย และมีผลในวันที่ได้รับอนุมัติ
- พนักงานกระทรวงสาธารณสุขที่สมัครเข้าเป็นสมาชิกและส่วนราชการผู้จ่ายค่าจ้าง ได้ลงทะเบียนรับก่อนวันที่ 15 ของเดือนใด สิทธิในการส่งเงินเข้ากองทุนให้เริ่มในงวดเดือนนั้น ส่วนผู้ที่สมัครเข้าเป็นสมาชิกและส่วนราชการผู้จ่ายค่าจ้าง ได้ลงทะเบียนรับตั้งแต่วันที่ 15 ของเดือน สิทธิในการส่งเงินเข้ากองทุนให้เริ่มในงวดเดือนถัดไป
- ในกรณีที่สมาชิกกองทุนลาออกจากกองทุนโดยไม่ลาออกจากงาน สมาชิกผู้นั้นไม่สามารถสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนได้อีก

**สิทธิและหน้าที่ของสมาชิกกองทุน**

- ต้องปฏิบัติตามข้อบังคับกองทุน โดยลงนามรับทราบข้อมูลที่ปรากฏในข้อบังคับกองทุน และไม่กระทำการใด ๆ ที่อาจจะก่อให้เกิดความเสียหายแก่กองทุน
- ยินยอมให้ส่วนราชการหักเงินสะสมส่วนของตนจากค่าจ้าง ส่งเข้ากองทุนทุกครั้งที่มีการจ่ายค่าจ้างตามอัตรา ที่สมาชิกเลือก
- มีสิทธิได้รับเงินสะสมและผลประโยชน์ของเงินสะสมเมื่อสิ้นสมาชิกภาพไม่ว่าด้วยกรณีใด ๆ
- มีสิทธิได้รับเงินสมทบและผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินสมทบตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับกองทุน
- มีสิทธิเข้าร่วมประชุมใหญ่สมาชิก ขอเข้าชื่อเปิดประชุมใหญ่วิสามัญ ตลอดจนออกเสียงลงคะแนนใด ๆ ตามข้อกำหนดในข้อบังคับนี้
- มีสิทธิตรวจสอบข้อบังคับกองทุน บัญชีและเอกสารของกองทุน ณ ที่ตั้งสำนักงานกองทุนได้ในเวลาเปิดทำการ
- มีสิทธิระบุและเปลี่ยนแปลงชื่อผู้รับประโยชน์โดยแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรต่อคณะกรรมการกองทุน
- มีสิทธิและหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

**พทส.001/4 แบบแสดงความประสงค์การเปลี่ยนแปลงอัตราเงินสะสม**

<p><b>ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลสมาชิก</b></p> <p>คำนำหน้า นาย /นาง /นางสาว /ยศ/ฐานันดร _____</p> <p>ชื่อ _____ นามสกุล _____</p> <p>เลขประจำตัวประชาชน ____ - ____ - ____ - ____ - ____</p> <p>หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ _____ หน่วยงาน _____</p>
<p><b>ส่วนที่ 2 การแสดงความประสงค์เปลี่ยนแปลงอัตราเงินสะสม (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านเลือกเพียงช่องเดียว)</b></p> <p>ข้าพเจ้าขอเปลี่ยนแปลงอัตราเงินสะสมจากเดิมเป็น</p> <p><input type="radio"/> 2%    <input type="radio"/> 3%    <input type="radio"/> 4%    <input type="radio"/> 5%    <input type="radio"/> 6%    <input type="radio"/> 7%    <input type="radio"/> 8%</p> <p><input type="radio"/> 9%    <input type="radio"/> 10%    <input type="radio"/> 11%    <input type="radio"/> 12%    <input type="radio"/> 13%    <input type="radio"/> 14%    <input type="radio"/> 15%</p>
<p><b>ส่วนที่ 3 เงื่อนไขและข้อตกลง</b></p> <p>1. สมาชิกยินยอมให้หน่วยงานหักเงินสะสมจากเงินค่าจ้าง เพื่อนำส่งเข้ากองทุนตามอัตราที่สมาชิกระบุไว้ข้างต้น</p> <p>2. สมาชิกจะได้รับเงินสะสมนี้เมื่อสมาชิกภาพสิ้นสุดลง</p> <p>3. สมาชิกต้องยื่นแบบแสดงความประสงค์เปลี่ยนแปลงอัตราเงินสะสมต่อเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานต้นสังกัดที่มีหน้าที่รับผิดชอบเท่านั้น และให้หน่วยงานต้นสังกัดเป็นผู้จัดเก็บเอกสารแบบแสดงความประสงค์การเปลี่ยนแปลงอัตราเงินสะสม (พทส.001/4) ไว้เป็นหลักฐาน</p> <p>4. สมาชิกที่มีความประสงค์จะเปลี่ยนแปลงอัตราเงินสะสม ให้แจ้งความประสงค์ได้ปีละหนึ่งครั้ง ภายในวันที่ 1 ตุลาคม ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน ของแต่ละปี และให้มีผลบังคับใช้ในงวดการจ่ายค่าจ้างเดือนมกราคม ของปีถัดไป ทั้งนี้ หากพ้นระยะเวลาดังกล่าว สมาชิกไม่สามารถเปลี่ยนแปลงความประสงค์ จนกว่าจะถึงรอบระยะเวลาการเปลี่ยนแปลงถัดไป</p>
<p><b>สมาชิกผู้แสดงความประสงค์</b></p> <p>ลงชื่อ .....</p> <p>(.....)</p> <p>วันที่ ...../...../.....</p>
<p><b>เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ</b></p> <p>ลงชื่อ ..... วันที่ ...../...../.....</p>