

วิทยาลัยสารพัดช่างลำปาง

รับที่..... 935.....

วันที่..... 21 เมษายน 2569.....

เวลา..... 10.37 น.....



ที่ ศธ ๐๖๐๑/ ๙๖๐๑

สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา
กระทรวงศึกษาธิการ กทม. ๑๐๓๐๐

๒๐ เมษายน ๒๕๖๙

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. และสมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ

เรียน ผู้อำนวยการสถานศึกษาในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ที่ ศธ ๕๒๐๘.๑/๒๑๘๐ ลงวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๙
จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา
ขอความร่วมมือสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา ประชาสัมพันธ์การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. และสมาชิก
ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ โดยครูและบุคลากรทางการศึกษา และคู่สมรสของครูและบุคลากรทางการศึกษา
ที่มีอายุเกิน ๓๕ ปี จนถึง ๖๐ ปีบริบูรณ์ เป็นกรณีพิเศษ กำหนดเปิดรับสมัคร ระหว่างวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๙
ถึงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๙ ในวันและเวลาทำการ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ผู้สมัครชำระเงินค่าสมัคร
และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าในการสมัครสมาชิก ช.พ.ค. และสมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ สำหรับหลักเกณฑ์ เงื่อนไข
และเอกสารประกอบการรับสมัครสมาชิกดังกล่าว มีรายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา จึงขอประชาสัมพันธ์ให้หน่วยงาน สถานศึกษา
ในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา ที่มีความสนใจสมัครสมาชิก ช.พ.ค. และสมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ
ซึ่งสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มใบสมัครได้ที่เว็บไซต์สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครู
และบุคลากรทางการศึกษา (www.otep.go.th)

จึงเรียนมาเพื่อทราบและประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในสังกัดทราบต่อไป

เรียน ผู้อำนวยการ

ด้วย สอศ. แจ้งประชาสัมพันธ์การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. และสมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ มาเพื่อ
ขอแสดงความนับถือ

/ เพื่อโปรดทราบ
เพื่อโปรดพิจารณา
/ เห็นควรแจ้ง/..... รองฯ 4 ฝ่าย , บุคลากรทุกท่าน

นางสาวอัญชลี ธรรมศรีใจ
หัวหน้างานบริหารงานทั่วไป
21 เม.ย. 69

(นายณรงค์ชัย เจริญรุจิทรัพย์)

เลขาธิการคณะกรรมการการอาชีวศึกษา ปฏิบัติราชการแทน

เลขาธิการคณะกรรมการการอาชีวศึกษา

สำนักผู้อำนวยการ

โทร ๐ ๒๒๘๒ ๙๓๖๐

โทรสาร ๐ ๒๒๘๒ ๗๑๗๕

เรียน ผู้อำนวยการ

เพื่อโปรดทราบ

เพื่อโปรดพิจารณา

เห็นควรแจ้ง/..... รองฯ 4 ฝ่าย , บุคลากรทุกท่าน

เห็นควรมอบ.....

ทราบ.....

แจ้ง/..... รองฯ 4 ฝ่าย , บุคลากรทุกท่าน

มอบ.....

(นายสมพงษ์ นนิตะภาพ)
รองผู้อำนวยการวิทยาลัยสารพัดช่างลำปาง

21 เม.ย. 69

(นายภาณุวัฒน์ ลาสุทธิ)

รองผู้อำนวยการ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการวิทยาลัยสารพัดช่างลำปาง



๕๐๖/๒๓

สำนักงานคณะกรรมการ
สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา
2456
พ.ศ. ๒๕๖๙
๒๕ มี.ค. ๒๕๖๙

๒๕๖

ที่ ศธ ๕๒๐๘.๑/๒๑๘๐

สำนักงานคณะกรรมการ สกสค.
๑๒๘/๑ ถนนนครราชสีมา
เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

๒๓ มี.ค. ๒๕๖๙

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. และ สมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ
เรียน เลขาธิการคณะกรรมการการอาชีวศึกษา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ พ.ศ. ๒๕๖๙
๒. ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ส. เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ พ.ศ. ๒๕๖๙

ด้วยสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา
ได้เปิดรับสมัครครูและบุคลากรทางการศึกษา และคู่สมรสของครูและบุคลากรทางการศึกษาที่มีอายุเกิน ๓๕ ปี
จนถึง ๖๐ ปี บริบูรณ์ เป็นกรณีพิเศษ โดยเปิดรับสมัครระหว่างวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๙ ถึงวันที่ ๓๑
กรกฎาคม ๒๕๖๙ ในวันและเวลาทำการ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๖.๓๐ น. ผู้สมัครชำระเงินค่าสมัคร
และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ในการสมัครสมาชิก ช.พ.ค. และ สมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ กำหนดเป็น
๔ อัตราดังต่อไปนี้

๑. มีอายุเกิน ๓๕ ปี จนถึง ๔๐ ปีบริบูรณ์
 - ๑.๑ ค่าสมัคร จำนวน ๕๐ บาท
 - ๑.๒ เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน ๒,๕๐๐ บาท
๒. มีอายุเกิน ๔๐ ปี จนถึง ๔๕ ปีบริบูรณ์
 - ๑.๑ ค่าสมัคร จำนวน ๕๐ บาท
 - ๑.๒ เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน ๕,๐๐๐ บาท
๓. มีอายุเกิน ๔๕ ปี จนถึง ๕๐ ปีบริบูรณ์
 - ๑.๑ ค่าสมัคร จำนวน ๕๐ บาท
 - ๑.๒ เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน ๗,๕๐๐ บาท
๔. มีอายุเกิน ๕๐ ปี จนถึง ๖๐ ปีบริบูรณ์
 - ๑.๑ ค่าสมัคร จำนวน ๕๐ บาท
 - ๑.๒ เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน ๑๐,๐๐๐ บาท

๓. ไ้รับรองแพทย์ที่ออกให้โดยแพทย์ซึ่งขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
รับรองว่าขณะตรวจร่างกายผู้สมัครเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ และให้ใช้ได้ ๓๐ วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
สำหรับกรณีผู้สมัครที่มีอายุเกิน ๕๐ ปี จนถึง ๖๐ ปีบริบูรณ์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ตามที่คณะกรรมการ ช.พ.ค.
และคณะกรรมการ ช.พ.ส. กำหนด


/สำนักงาน...

“เรียนดี มีคุณธรรม”

สำนักงานคณะกรรมการ สกสค. จึงขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์และเชิญชวนบุคลากร
ในหน่วยงานของท่านสมัครสมาชิก ช.พ.ค. และสมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ ทั้งนี้สามารถดาวน์โหลด
แบบฟอร์มใบสมัครได้ที่เว็บไซต์สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากร
ทางการศึกษา (www.otep.go.th)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการประชาสัมพันธ์ให้ด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(นายสุชาติ ศลิตสุข)

รองเลขาธิการคณะกรรมการ สกสค. ปฏิบัติการแทน
เลขาธิการคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการ
และสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา

สำนัก ช.พ.ค. - ช.พ.ส.

โทร ๐ ๒๑๐๕ ๔๙๘๗ ต่อ ๑๕๐๐ - ๑๕๐๖

๐๘ ๑๘๐๘ ๔๘๙๒

Email : cpk@otep.go.th



ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค.
เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ พ.ศ. 2569

ด้วยสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. เปิดโอกาสให้ครูและบุคลากรทางการศึกษา ที่มีอายุไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์ สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. เพื่อทำการสงเคราะห์ซึ่งกันและกันในการจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อสมาชิก ช.พ.ค. ถึงแก่ความตาย

อาศัยอำนาจตามความในข้อ 11 วรรคสาม วรรคสี่ และข้อ 24 (1) ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาว่าด้วย การดำเนินกิจกรรมสงเคราะห์ช่วยเหลือครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ประกอบกับมติคณะกรรมการ ช.พ.ค. ในการประชุมครั้งที่ 13/2568 เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2568 จึงออกประกาศ ดังนี้

ข้อ 1 ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ พ.ศ. 2569”

ข้อ 2 ให้มีการรับสมัครครูและบุคลากรทางการศึกษา ที่มีอายุเกิน 35 ปี ถึง 60 ปีบริบูรณ์

ข้อ 3 กำหนดในการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. ตั้งแต่วันที่ 16 มีนาคม 2569 ถึง วันที่ 31 กรกฎาคม 2569 ในวันและเวลาทำการ ตั้งแต่เวลา 08.30 น. - 16.30 น.

ข้อ 4 ให้ผู้ประสงค์สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ตามประกาศนี้ ยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร ตามแบบที่กำหนดไว้ท้ายประกาศนี้ด้วยตนเองต่อหน้าเจ้าหน้าที่ของสำนักงาน สกสค. จังหวัดที่หน่วยงานของครูและบุคลากรทางการศึกษา ตั้งอยู่

ข้อ 5 ผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ค. ตามประกาศนี้ ต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

5.1 คุณสมบัติของผู้สมัคร

5.1.1 ต้องเป็นผู้ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- (1) ครู
- (2) คณาจารย์
- (3) ผู้บริหารสถานศึกษา
- (4) ผู้บริหารการศึกษา
- (5) บุคลากรทางการศึกษาอื่น
- (6) ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา
- (7) สมาชิกคุรุสภา ตามที่กำหนดไว้ในข้อ 10 ของประกาศนี้

กรณีผู้สมัคร เป็นบุคคลตาม (1)-(6) ต้องเป็นผู้มีเงินเดือน หรือค่าจ้างประจำ

เว้นแต่กรณี (7)

/5.1.2 มีอายุเกิน...

- 5.1.2 มีอายุเกิน 35 ปี จนถึง 40 ปีบริบูรณ์
- 5.1.3 มีอายุเกิน 40 ปี จนถึง 45 ปีบริบูรณ์
- 5.1.4 มีอายุเกิน 45 ปี จนถึง 50 ปีบริบูรณ์
- 5.1.5 มีอายุเกิน 50 ปี จนถึง 60 ปีบริบูรณ์
- 5.2 เงินค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า
 - 5.2.1 ให้ผู้สมัครตามข้อ 5.1.2 ชำระเงินค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าในอัตรา ดังนี้
 - (1) ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท
 - (2) เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 2,500 บาท
 - 5.2.2 ให้ผู้สมัครตามข้อ 5.1.3 ชำระเงินค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าในอัตรา ดังนี้
 - (1) ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท
 - (2) เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 5,000 บาท
 - 5.2.3 ให้ผู้สมัครตามข้อ 5.1.4 ชำระเงินค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าในอัตรา ดังนี้
 - (1) ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท
 - (2) เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 7,500 บาท
 - 5.2.4 ให้ผู้สมัครตามข้อ 5.1.5 ชำระเงินค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าในอัตรา ดังนี้
 - (1) ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท
 - (2) เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 10,000 บาท

การคืนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าจะคืนให้แก่สมาชิก ช.พ.ค. หรือครอบครัวของสมาชิก ช.พ.ค. ตามที่กำหนดไว้ในระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาว่าด้วย การฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

ข้อ 6 เอกสารหลักฐานในการสมัคร

ให้ผู้สมัครแสดงบัตรประจำตัวประชาชนต่อหน้าเจ้าหน้าที่ พร้อมเอกสารหลักฐานที่รับรองสำเนาถูกต้อง ดังนี้

- 6.1 สำเนาคำร้องการเปลี่ยนชื่อตัว - ชื่อสกุล คำนำหน้านาม หรือ การขอใช้ชื่อสกุลเดิม หรือทุกกรณีชื่อตัว - ชื่อสกุลของผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ไม่ตรงตามเอกสาร
- 6.2 สำเนาใบสำคัญการสมรส (ถ้ามี) 1 ฉบับ
- 6.3 ใบรับรองแพทย์ที่ออกให้โดยแพทย์ซึ่งขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมรับรองว่าขณะตรวจร่างกายผู้สมัครเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ และให้ใช้ได้ 30 วันนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

สำหรับกรณีผู้สมัครที่มีอายุเกิน 50 ปี จนถึง 60 ปีบริบูรณ์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ตามที่คณะกรรมการ ช.พ.ค. กำหนด

ข้อ 7 นอกจากเอกสารหลักฐานตามข้อ 6 ให้ผู้สมัครที่เป็นครูและบุคลากรทางการศึกษา ซึ่งสังกัดโรงเรียนในระบบตามพระราชบัญญัติโรงเรียนเอกชน พ.ศ. 2550 ยื่นสำเนาหนังสือแต่งตั้งครู ให้ปฏิบัติหน้าที่หรือสำเนาหนังสือแต่งตั้งบุคลากรทางการศึกษาให้ปฏิบัติหน้าที่ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ประกอบการสมัครและให้นำเอกสารฉบับจริง (ถ้ามี) มาแสดงต่อหน้าเจ้าหน้าที่ในวันสมัคร

/ข้อ 8 นอกจาก...

ข้อ 8 นอกจากเอกสารหลักฐานตามข้อ 6 ให้ผู้สมัครที่เป็นเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างของ สหกรณ์ออมทรัพย์ครู ให้ยื่นเอกสารหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่งพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องประกอบการสมัคร ดังนี้

8.1 สำเนาคำสั่งแต่งตั้งหรือหนังสือรับรองให้เป็นเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้าง หรือ

8.2 สำเนาสัญญาจ้าง หรือเอกสารหลักฐานที่แสดงว่าหน่วยงานจ้างให้ปฏิบัติหน้าที่ โดยเอกสารหรือสัญญาจ้างนั้นต้องมีกำหนดเวลาจ้างต่อเนื่องกันไม่น้อยกว่า 1 ปี

ข้อ 9 นอกจากเอกสารหลักฐานตามข้อ 6 ให้ผู้สมัครที่เป็นลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราวรายปี หรือที่เรียกชื่ออย่างอื่นที่ปฏิบัติงานในลักษณะเดียวกันในสังกัดหรือในกำกับดูแลของกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สำนักนายกรัฐมนตรี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน ให้ยื่นเอกสารหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่งพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องประกอบการสมัคร ดังนี้

9.1 สำเนาคำสั่งมอบหมายให้เป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการจัดการศึกษา หรือ

9.2 สำเนาคำสั่งบรรจุและแต่งตั้ง หรือ สำเนาสัญญาจ้าง หรือ เอกสารหลักฐานที่แสดงว่าหน่วยงานจ้างให้ปฏิบัติหน้าที่ โดยเอกสารหรือสัญญาจ้างนั้นต้องมีกำหนดเวลาจ้างต่อเนื่องกัน ไม่น้อยกว่า 1 ปี

ข้อ 10 ผู้สมัครที่มีคุณสมบัติตามข้อ 5.1.1 (7) นอกจากเอกสารหลักฐานตามข้อ 6 ให้ผู้สมัครที่เคยเป็นสมาชิกคุรุสภา ก่อนวันที่ 12 มิถุนายน 2546 ให้ยื่นเอกสารหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่งพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องประกอบการสมัคร ดังนี้

10.1 สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกคุรุสภาประเภทตลอดชีพ หรือ สำเนาใบเสร็จรับเงิน ค่าบำรุงสมาชิกคุรุสภารายปี หรือ

10.2 สำเนา ก.พ. 7 หรือ สำเนาสมุดประวัติประจำตัวครู สังกัดสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชนที่แสดงเป็นหลักฐานว่าเคยปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี หรือ

10.3 ในกรณีไม่มีเอกสารหลักฐานตามข้อ 10.1 และ 10.2 ให้ขอหนังสือรับรองจากหน่วยงานต้นสังกัด หรือกรณีที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานศึกษาเอกชนให้ขอหนังสือรับรองจากผู้รับใบอนุญาตจัดตั้งโรงเรียนเอกชน ซึ่งเคยปฏิบัติหน้าที่ ณ สถานศึกษาแห่งนั้น

ข้อ 11 ผู้ใดยื่นใบสมัครอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความอันควรแจ้งให้ทราบ หรือกระทำการอื่นใดโดยไม่สุจริต เพื่อให้ได้มาซึ่งสิทธิในการเป็นสมาชิก ข.พ.ค. ให้ถือว่าผู้นั้นไม่มีสิทธิสมัครเป็นสมาชิก ข.พ.ค. มาตั้งแต่นั้น และมีได้รับการสงเคราะห์ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครู และบุคลากรทางการศึกษาว่าด้วย การฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

ในกรณีที่มีปัญหาอันเกี่ยวกับการปฏิบัติตามประกาศนี้ ให้คณะกรรมการ ข.พ.ค. เป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาด และให้คำวินิจฉัยดังกล่าวเป็นที่สิ้นสุด

ประกาศ ณ วันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2569

(นายพีระพันธ์ เหมะรัต)

เลขาธิการคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการ
และสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา
ประธานกรรมการ ข.พ.ค.



- กรณีอายุเกิน 35 ปี – 40 ปีบริบูรณ์
- กรณีอายุเกิน 40 ปี – 45 ปีบริบูรณ์
- กรณีอายุเกิน 45 ปี – 50 ปีบริบูรณ์
- กรณีอายุเกิน 50 ปี – 60 ปีบริบูรณ์

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค. กรณีพิเศษ พ.ศ. 2569

เขียนที่ สำนักงาน สกสค. จังหวัด.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

1. สำหรับผู้สมัคร

1. ข้อมูลผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ค.

(1) ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาวนามสกุล..... อายุ.....ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - -

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. คู่สมรสชื่อ

(2) เป็นผู้ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง

- ครู คณาจารย์ ผู้บริหารสถานศึกษา ผู้บริหารการศึกษา
- บุคลากรทางการศึกษา ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา บุคลากรซึ่งปฏิบัติงานในสหกรณ์ออมทรัพย์ครู
- สมาชิกคุรุสภา บุคลากรทางการศึกษาอื่น

(3) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน..... แขวง/ตำบล.....

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

โทรศัพท์.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....E-mail

(4) ที่อยู่ปัจจุบัน สถานที่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน..... แขวง/ตำบล.....

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

โทรศัพท์.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....E-mail

(5) ชื่อหน่วยงาน/สถานศึกษาสังกัด.....

ปัจจุบันข้าพเจ้ารับเงินเดือน/ค่าจ้างประจำ จากหน่วยงาน.....

เลขที่.....ถนน..... แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

* กรณีย้ายที่อยู่/สถานที่ปฏิบัติงาน ข้าพเจ้าจะแจ้งเปลี่ยนแปลงให้สำนักงาน สกสค. จังหวัด ทราบภายใน 30 วัน นับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลง

2. กรณีที่ติดต่อข้าพเจ้าไม่ได้ให้ติดต่อบุคคล ดังต่อไปนี้

ชื่อ - ชื่อสกุลที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....E-mail.....

3. ข้าพเจ้าได้ชำระเงินในการสมัครครั้งนี้ ดังนี้

- กรณีอายุเกิน 35 ปี – 40 ปีบริบูรณ์ ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท ค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 2,500 บาท รวมเป็นเงิน 2,550 บาท (สองพันห้าร้อยห้าสิบบาทถ้วน)
- กรณีอายุเกิน 40 ปี – 45 ปีบริบูรณ์ ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท ค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 5,000 บาท รวมเป็นเงิน 5,050 บาท (ห้าพันห้าสิบบาทถ้วน)
- กรณีอายุเกิน 45 ปี – 50 ปีบริบูรณ์ ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท ค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 7,500 บาท รวมเป็นเงิน 7,550 บาท (เจ็ดพันห้าร้อยห้าสิบบาทถ้วน)
- กรณีอายุเกิน 50 ปี – 60 ปีบริบูรณ์ ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท ค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 10,000 บาท รวมเป็นเงิน 10,050 บาท (หนึ่งหมื่นห้าสิบบาทถ้วน)

ข้าพเจ้าได้รับทราบหลักการและเข้าใจวัตถุประสงค์ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเหลือครูและบุคลากรทางการศึกษา 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 สถานที่ทำงานสังกัด.....
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 พ.ศ. 2569 และได้กระทำต่อหน้าข้าพเจ้าจริง

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ
(.....)
ตำแหน่ง
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

4. คำสั่ง (กรณีไม่อนุมัติให้อธิบายเหตุผลประกอบ)

.....
.....

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



ช.พ.ค.

ใบรับรองแพทย์

(สมัครสมาชิก ช.พ.ค. กรณีอายุเกิน 50 ปี จนถึง 60 ปีบริบูรณ์)

สถานที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง (1).....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือสถานที่ปฏิบัติงาน.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....

ไม่เป็นโรคดังต่อไปนี้

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

ถ้าหากจำเป็น สำนักงานอาจจะขอให้แพทย์ทำการตรวจโรคเพิ่มเติม.....

สรุปความคิดเห็นข้อแนะนำของแพทย์ (2).....

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย
(.....)

หมายเหตุ

- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมโรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลศรัทธาเท่านั้น
- (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด
- (3) ประทับตราของโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลศรัทธาด้วย
- (4) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย

ส่วนของผู้รับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

หมายเลขประจำตัวประชาชน.....

ข้าพเจ้าขอรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| 1. โรคประจำตัว | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... |
| 2. อุบัติเหตุและผ่าตัด | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... |
| 3. เคยเข้ารับการรักษาโรงพยาบาล | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... |
| 4. ประวัติอื่นที่สำคัญ | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... |

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

ผู้ขอรับการตรวจรับรองสุขภาพต้องรับรองสุขภาพให้เป็นตามความจริง หากปรากฏว่าเป็นการให้คำรับรองเท็จ ให้ถือว่าไม่มีสิทธิสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ตั้งแต่ต้น และมีได้รับการสงเคราะห์ตามระเบียบ



ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ส.
เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ พ.ศ. 2569

ด้วยสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. เปิดโอกาสให้คู่สมรสของครูและบุคลากรทางการศึกษา ที่มีอายุไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์ สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. เพื่อทำการสงเคราะห์ซึ่งกันและกันในการจัดการศพและ สงเคราะห์ครอบครัวเมื่อสมาชิก ช.พ.ส. ถึงแก่ความตาย

อาศัยอำนาจตามความในข้อ 9 วรรคสาม วรรคสี่ และข้อ 23 (1) ของระเบียบสำนักงาน คณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาว่าด้วย การฌาปนกิจสงเคราะห์ ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ในกรณีคู่สมรสถึงแก่ความตาย พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ประกอบกับมติคณะกรรมการ ช.พ.ส. ในการประชุมครั้งที่ 13/2568 เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2568 จึงออกประกาศ ดังนี้

ข้อ 1 ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ส. เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ พ.ศ. 2569”

ข้อ 2 ให้มีการรับสมัครคู่สมรสของครูและบุคลากรทางการศึกษา ที่มีอายุเกิน 35 ปี ถึง 60 ปีบริบูรณ์

ข้อ 3 กำหนดในการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ส. ตั้งแต่วันที่ 16 มีนาคม 2569 ถึง วันที่ 31 กรกฎาคม 2569 ในวันและเวลาทำการ ตั้งแต่เวลา 08.30 น. - 16.30 น.

ข้อ 4 ให้ผู้ประสงค์สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. ตามประกาศนี้ ยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารหลักฐาน ประกอบการสมัครตามแบบที่กำหนดไว้ท้ายประกาศนี้ด้วยตนเองต่อหน้าเจ้าหน้าที่ของสำนักงาน สกสค. จังหวัด ที่หน่วยงานของคู่สมรสของครูและบุคลากรทางการศึกษา ตั้งอยู่

ข้อ 5 ผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส. ตามประกาศนี้ ต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

5.1 คุณสมบัติของผู้สมัคร

5.1.1 ต้องเป็นคู่สมรสชอบด้วยกฎหมายของผู้ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ อย่างเป็นทางการหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- (1) ครู
 - (2) คณาจารย์
 - (3) ผู้บริหารสถานศึกษา
 - (4) ผู้บริหารการศึกษา
 - (5) บุคลากรทางการศึกษาอื่น
 - (6) ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา
 - (7) สมาชิกคุรุสภา ตามที่กำหนดไว้ในข้อ 10 ของประกาศนี้
- กรณีผู้สมัคร เป็นบุคคลตาม (1)-(6) ต้องเป็นผู้มีเงินเดือน หรือค่าจ้างประจำ

เว้นแต่กรณี (7)

/5.1.2 มีอายุเกิน...

- 5.1.2 มีอายุเกิน 35 ปี จนถึง 40 ปีบริบูรณ์
- 5.1.3 มีอายุเกิน 40 ปี จนถึง 45 ปีบริบูรณ์
- 5.1.4 มีอายุเกิน 45 ปี จนถึง 50 ปีบริบูรณ์
- 5.1.5 มีอายุเกิน 50 ปี จนถึง 60 ปีบริบูรณ์
- 5.2 เงินค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า
 - 5.2.1 ให้ผู้สมัครตามข้อ 5.1.2 ชำระเงินค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าในอัตรา ดังนี้
 - (1) ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท
 - (2) เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 2,500 บาท
 - 5.2.2 ให้ผู้สมัครตามข้อ 5.1.3 ชำระเงินค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าในอัตรา ดังนี้
 - (1) ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท
 - (2) เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 5,000 บาท
 - 5.2.3 ให้ผู้สมัครตามข้อ 5.1.4 ชำระเงินค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าในอัตรา ดังนี้
 - (1) ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท
 - (2) เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 7,500 บาท
 - 5.2.4 ให้ผู้สมัครตามข้อ 5.1.5 ชำระเงินค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าในอัตรา ดังนี้
 - (1) ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท
 - (2) เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 10,000 บาท

การคืนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าจะคืนให้แก่สมาชิก ช.พ.ส. หรือครอบครัวของสมาชิก ช.พ.ส. ตามที่กำหนดไว้ในระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครู และบุคลากรทางการศึกษาว่าด้วย การณาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ในกรณี คู่สมรสถึงแก่ความตาย พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

ข้อ 6 เอกสารหลักฐานในการสมัคร

ให้ผู้สมัครแสดงบัตรประจำตัวประชาชนต่อหน้าเจ้าหน้าที่ พร้อมเอกสารหลักฐานที่ รับรองสำเนาถูกต้อง ดังนี้

- 6.1 ใบสำคัญการสมรส / หลักฐานการสมรสฉบับจริง พร้อมสำเนาจำนวน 1 ฉบับ
- 6.2 สำเนาคำร้องการเปลี่ยนชื่อตัว - ชื่อสกุล คำนำหน้านาม หรือ การขอใช้ชื่อสกุลเดิม หรือทุกกรณีชื่อตัว - ชื่อสกุลของผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ส. ไม่ตรงตามเอกสาร
- 6.3 ใบรับรองแพทย์ที่ออกให้โดยแพทย์ซึ่งขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เวชกรรมรับรองว่าขณะตรวจร่างกายผู้สมัครเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ และให้ใช้ได้ 30 วันนับแต่วันที่ ตรวจร่างกาย

สำหรับกรณีผู้สมัครที่มีอายุเกิน 50 ปี จนถึง 60 ปีบริบูรณ์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ ตามที่คณะกรรมการ ช.พ.ส. กำหนด

ข้อ 7 นอกจากเอกสารหลักฐานตามข้อ 6 ให้ผู้สมัครที่คู่สมรสเป็นครูและบุคลากรทางการศึกษา ซึ่งสังกัดโรงเรียนในระบบตามพระราชบัญญัติโรงเรียนเอกชน พ.ศ. 2550 ยื่นสำเนาหนังสือแต่งตั้งครู ให้ปฏิบัติหน้าที่หรือสำเนาหนังสือแต่งตั้งบุคลากรทางการศึกษาให้ปฏิบัติหน้าที่ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ประกอบการสมัครและให้นำเอกสารฉบับจริง (ถ้ามี) มาแสดงต่อหน้าเจ้าหน้าที่ในวันสมัคร

/ข้อ 8 นอกจาก...

ข้อ 8 นอกจากเอกสารหลักฐานตามข้อ 6 ให้ผู้สมัครที่คู่สมรสเป็นครูและบุคลากรทางการศึกษา เป็นเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างของสหกรณ์ออมทรัพย์ครู ให้ยื่นเอกสารหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่งพร้อม รับรองสำเนาถูกต้องประกอบการสมัคร ดังนี้

8.1 สำเนาคำสั่งแต่งตั้งหรือหนังสือรับรองให้เป็นเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้าง หรือ

8.2 สำเนาสัญญาจ้าง หรือเอกสารหลักฐานที่แสดงว่าหน่วยงานจ้างให้ปฏิบัติหน้าที่ โดยเอกสารหรือสัญญาจ้างนั้นต้องมีกำหนดเวลาจ้างต่อเนื่องกันไม่น้อยกว่า 1 ปี

ข้อ 9 นอกจากเอกสารหลักฐานตามข้อ 6 ให้ผู้สมัครที่คู่สมรสเป็นครูและบุคลากรทางการศึกษา เป็นลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราวรายปีหรือที่เรียกชื่ออย่างอื่นที่ปฏิบัติงานในลักษณะเดียวกันในสังกัดหรือ ในกำกับดูแลของกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวง การอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สำนักงานกฤษฎีกา ออัครปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงเรียน ตำรวจตระเวนชายแดน ให้ยื่นเอกสารหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่งพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องประกอบการสมัคร ดังนี้

9.1 สำเนาคำสั่งมอบหมายให้เป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการจัดการศึกษา หรือ

9.2 สำเนาคำสั่งบรรจุและแต่งตั้ง หรือ สำเนาสัญญาจ้าง หรือ เอกสารหลักฐาน ที่แสดงว่าหน่วยงานจ้างให้ปฏิบัติหน้าที่ โดยเอกสารหรือสัญญาจ้างนั้นต้องมีกำหนดเวลาจ้างต่อเนื่องกัน ไม่น้อยกว่า 1 ปี

ข้อ 10 ผู้สมัครที่มีคุณสมบัติตามข้อ 5.1.1 (7) นอกจากเอกสารหลักฐานตามข้อ 6 ให้คู่สมรส ของผู้สมัครที่เคยเป็นสมาชิกคุรุสภา ก่อนวันที่ 12 มิถุนายน 2546 ให้ยื่นเอกสารหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องประกอบการสมัคร ดังนี้

10.1 สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกคุรุสภาประเภทตลอดชีพ หรือ สำเนาใบเสร็จรับเงิน ค่าบำรุงสมาชิกคุรุสภารายปี หรือ

10.2 สำเนา ก.พ. 7 หรือ สำเนาสมุดประวัติประจำตัวครู สังกัดสำนักงาน คณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชนที่แสดงเป็นหลักฐานว่าเคยปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี หรือ

10.3 ในกรณีไม่มีเอกสารหลักฐานตามข้อ 10.1 และ 10.2 ให้ขอหนังสือรับรองจาก หน่วยงานต้นสังกัด หรือกรณีที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานศึกษาเอกชนให้ขอหนังสือรับรองจากผู้รับใบอนุญาตจัดตั้ง โรงเรียนเอกชน ซึ่งเคยปฏิบัติหน้าที่ ณ สถานศึกษาแห่งนั้น

ข้อ 11 ผู้ใดยื่นใบสมัครอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความอันควรแจ้งให้ทราบ หรือกระทำการ อื่นใดโดยไม่สุจริต เพื่อให้ได้มาซึ่งสิทธิในการเป็นสมาชิก ข.พ.ส. ให้ถือว่าผู้นั้นไม่มีสิทธิสมัครเป็นสมาชิก ข.พ.ส. มาตั้งแต่ต้น และมีได้รับการสงเคราะห์ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครู และบุคลากรทางการศึกษาว่าด้วย การฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ในกรณี คู่สมรสถึงแก่ความตาย พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

ในกรณีที่มีปัญหาอันเกี่ยวกับการปฏิบัติตามประกาศนี้ ให้คณะกรรมการ ข.พ.ส. เป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาด และให้คำวินิจฉัยดังกล่าวเป็นที่สุด

ประกาศ ณ วันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2569

(นายพีระพันธ์ เหมะรัต)

เลขาธิการคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการ

และสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา

ประธานกรรมการ ข.พ.ส.



ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ข.พ.ส. กรณีพิเศษ พ.ศ. 2569

- กรณีอายุเกิน 35 ปี - 40 ปีบริบูรณ์
- กรณีอายุเกิน 40 ปี - 45 ปีบริบูรณ์
- กรณีอายุเกิน 45 ปี - 50 ปีบริบูรณ์
- กรณีอายุเกิน 50 ปี - 60 ปีบริบูรณ์

เขียนที่ สำนักงาน สกสค. จังหวัด.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

1. สำหรับผู้สมัคร

1. ข้อมูลผู้สมัครสมาชิก ข.พ.ส.

(1) ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาวนามสกุล..... อายุ.....ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - -

เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ. จดทะเบียนสมรส ณ เขต / อำเภอ.....

จังหวัด เลขที่ทะเบียนสมรส /

(2) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....

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

โทรศัพท์..... โทรศัพท์เคลื่อนที่..... E-mail

(3) ที่อยู่ปัจจุบัน สถานที่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....

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

โทรศัพท์..... โทรศัพท์เคลื่อนที่..... E-mail

2. ข้อมูลของคู่สมรสของผู้สมัครสมาชิก ข.พ.ส.

(1) ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาวนามสกุล..... อายุ.....ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - -

เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ.

(2) เป็นผู้ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง

ครู คณาจารย์ ผู้บริหารสถานศึกษา ผู้บริหารการศึกษา

บุคลากรทางการศึกษา ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา บุคลากรซึ่งปฏิบัติงานในสหกรณ์ออมทรัพย์ครู

สมาชิกคุรุสภา บุคลากรทางการศึกษาอื่น

(3) ชื่อหน่วยงาน/สถานศึกษาสังกัด.....

ปัจจุบันข้าพเจ้าได้รับเงินเดือน/ค่าจ้างประจำ จากหน่วยงาน.....

เลขที่..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

* กรณีย้ายที่อยู่/สถานที่ปฏิบัติงาน ข้าพเจ้าจะแจ้งเปลี่ยนแปลงให้สำนักงาน สกสค. จังหวัด ทราบภายใน 30 วัน นับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลง

3. กรณีที่ติดต่อข้าพเจ้าไม่ได้ให้ติดต่อบุคคล ดังต่อไปนี้

ชื่อ - ชื่อสกุลที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

.....โทรศัพท์..... โทรศัพท์เคลื่อนที่..... E-mail.....

4. ข้าพเจ้าได้ชำระเงินในการสมัครครั้งนี้ ดังนี้

- กรณีอายุเกิน 35 ปี - 40 ปีบริบูรณ์ ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท ค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 2,500 บาท รวมเป็นเงิน 2,550 บาท (สองพันห้าร้อยห้าสิบบาทถ้วน)
- กรณีอายุเกิน 40 ปี - 45 ปีบริบูรณ์ ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท ค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 5,000 บาท รวมเป็นเงิน 5,050 บาท (ห้าพันห้าสิบบาทถ้วน)
- กรณีอายุเกิน 45 ปี - 50 ปีบริบูรณ์ ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท ค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 7,500 บาท รวมเป็นเงิน 7,550 บาท (เจ็ดพันห้าร้อยห้าสิบบาทถ้วน)
- กรณีอายุเกิน 50 ปี - 60 ปีบริบูรณ์ ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท ค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 10,000 บาท รวมเป็นเงิน 10,050 บาท (หนึ่งหมื่นห้าสิบบาทถ้วน)

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. คำรับรองของผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้าหน่วยงานผู้เบิกเงินเดือน/ค่าจ้าง ของคู่สมรสผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล..... ตำแหน่ง.....
มีเงินได้รายเดือนๆ ละ.....บาท สถานที่ทำงานสังกัด.....
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 และประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ส. เรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ พ.ศ. 2569 และได้กระทำต่อหน้าข้าพเจ้าจริง

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ
(.....)
ตำแหน่ง
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

4. คำสั่ง (กรณีไม่อนุมัติให้อธิบายเหตุผลประกอบ)

.....
.....

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



ใบรับรองแพทย์

(สมัครสมาชิก ช.พ.ส. กรณีอายุเกิน 50 ปี จนถึง 60 ปีบริบูรณ์)

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 หรือโรงพยาบาลครุ เท่านั้น
- (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด
- (3) ประทับตราของโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลครุด้วย
- (4) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย

ส่วนของผู้รับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

หมายเลขประจำตัวประชาชน.....

ข้าพเจ้าขอรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| 1. โรคประจำตัว | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... |
| 2. อุบัติเหตุและผ่าตัด | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... |
| 3. เคยเข้ารับการรักษาโรงพยาบาล | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... |
| 4. ประวัติอื่นที่สำคัญ | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... |

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

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

ข่าวดี
16 มีนาคม 2569
เปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค.-ช.พ.ส.



สกสค. เปิดรับสมัคร

สมาชิก ช.พ.ค.-ช.พ.ส.
เป็นกรณีพิเศษ พ.ศ. 2569

คุณสมบัตินี้ เป็นครูและบุคลากรทางการศึกษา
อายุเกิน 35 ปี จนถึง 60 ปีบริบูรณ์

เงินค่าสมัครและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า
กำหนดเป็น 4 อัตรา ดังนี้

- อายุเกิน 35 ปี จนถึง 40 ปีบริบูรณ์
 - ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท
 - เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 2,500 บาท
- อายุเกิน 40 ปี จนถึง 45 ปีบริบูรณ์
 - ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท
 - เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 5,000 บาท
- อายุเกิน 45 ปี จนถึง 50 ปีบริบูรณ์
 - ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท
 - เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 7,500 บาท
- อายุเกิน 50 ปี จนถึง 60 ปีบริบูรณ์
 - ค่าสมัคร จำนวน 50 บาท
 - เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 10,000 บาท



ใบสมัคร ช.พ.ค.



ใบสมัคร ช.พ.ส.

เชิญร่วมเป็นส่วนหนึ่ง
ในครอบครัว สกสค.



www.otep.go.th



Line OA

รับสมัครตั้งแต่
วันที่ 16 มีนาคม ถึง
31 กรกฎาคม 2569