

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 | |
| รวม | 100% |

หมายเหตุ กรณีมีผู้รับผลประโยชน์เกินกว่า 2 ราย ให้ทำบัญชีรายชื่อเพิ่มเติม พร้อมลงลายมือชื่อกำกับตามแบบฟอร์ม พทส.001.1

อนึ่ง ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ได้ระบุเงื่อนไขการจ่ายเงินแก่ผู้รับประโยชน์ไว้ หรือเงื่อนไขที่กำหนดไว้ไม่ชัดเจนหรืออาจตีความได้หลายนัย ข้าพเจ้าประสงค์ให้กองทุนจัดสรรให้แก่ผู้รับประโยชน์ตามส่วนที่เท่า ๆ กัน

ในกรณีที่ผู้รับประโยชน์คนใดถึงแก่ความตายก่อนหรือถึงแก่ความตายพร้อมกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าประสงค์ให้นำส่วนของผู้รับ ประโยชน์ที่ถึงแก่ความตายนั้นจัดสรรให้แก่ผู้รับประโยชน์ที่ยังมีชีวิตอยู่ตามเงื่อนไขการจ่ายเงินแก่ผู้รับประโยชน์ที่ระบุไว้ข้างต้น

ทั้งนี้ หากมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์ และ/หรือ อัตราส่วนของผู้รับประโยชน์ที่ระบุไว้ข้างต้น ข้าพเจ้าจะแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรต่อคณะกรรมการกองทุน

| | |
|---|--|
| ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการและรับทราบ ข้อบังคับ กสส.พทส. แล้ว | ขอรับรองว่าตรวจสอบแล้วถูกต้องทุกประการ และเห็นสมควรอนุมัติให้เป็นสมาชิก กสส.พทส. |
| ลงชื่อ (ผู้สมัคร) (.....) | ลงชื่อ (.....) |
| ลงชื่อ (พยาน) (.....) | ตำแหน่ง วันที่ / / คณะกรรมการกองทุน หรือหัวหน้าหน่วยงาน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย |
| ลงชื่อ (พยาน) (.....) | |

คำชี้แจง : การเข้าเป็นสมาชิกกองทุน

1. พนักงานกระทรวงสาธารณสุข จะเป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจดทะเบียนแล้ว สมบูรณ์ต่อเมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย และมีผลในวันที่ได้รับอนุมัติ
2. พนักงานกระทรวงสาธารณสุขที่สมัครเข้าเป็นสมาชิกและส่วนราชการผู้จ่ายค่าจ้างได้ลงทะเบียนรับก่อนวันที่ 15 ของเดือนใด สิทธิในการส่งเงินเข้ากองทุนให้เริ่มในงวดเดือนนั้น ส่วนผู้ที่สมัครเข้าเป็นสมาชิกและส่วนราชการผู้จ่ายค่าจ้าง ได้ลงทะเบียนรับตั้งแต่วันที่ 15 ของเดือน สิทธิในการส่งเงินเข้ากองทุนให้เริ่มในงวดเดือนถัดไป
3. ในกรณีที่สมาชิกกองทุนลาออกจากกองทุนโดยไม่ลาออกจากงาน สมาชิกผู้นั้นไม่สามารถสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนได้อีก

สิทธิและหน้าที่ของสมาชิกกองทุน

1. ต้องปฏิบัติตามข้อบังคับกองทุน โดยลงนามรับทราบข้อมูลที่ปรากฏในข้อบังคับกองทุน และไม่กระทำการใด ๆ ที่อาจจะก่อให้เกิดความเสียหายแก่กองทุน
2. ยินยอมให้ส่วนราชการหักเงินสะสมส่วนของตนจากค่าจ้าง ส่งเข้ากองทุนทุกครั้งที่มีการจ่ายค่าจ้างตามอัตรา ที่สมาชิกเลือก
3. มีสิทธิได้รับเงินสะสมและผลประโยชน์ของเงินสะสมเมื่อสิ้นสมาชิกภาพไม่ว่าด้วยกรณีใด ๆ
4. มีสิทธิได้รับเงินสมทบและผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินสมทบตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับกองทุน
5. มีสิทธิเข้าร่วมประชุมใหญ่สมาชิก ขอเข้าชื่อเปิดประชุมใหญ่วิสามัญ ตลอดจนออกเสียงลงคะแนนใด ๆ ตามข้อกำหนดในข้อบังคับนี้
6. มีสิทธิตรวจสอบข้อบังคับกองทุน บัญชีและเอกสารของกองทุน ณ ที่ตั้งสำนักงานกองทุนได้ในเวลาเปิดทำการ
7. มีสิทธิระบุและเปลี่ยนแปลงชื่อผู้รับประโยชน์โดยแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรต่อคณะกรรมการกองทุน
8. มีสิทธิและหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

