



เขียนที่.....

วันที่.....

แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... อายุ.....ปี
วัน/เดือน/ปีเกิด..... เลขประจำตัวประชาชน..... ได้ทำการสมัครสมาชิก สส.สก.
รอบสมัครเดือน.....และขอใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาล.....

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สส.สก. ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

Table with 3 columns: Disease Name, 'ไม่มี' (No), 'มี' (Yes), and 'ระบุ' (Specify). Rows include 4.1 โรคมะเร็ง, 4.2 โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด, 4.3 โรควัณโรคในระยะอันตราย, 4.4 โรคเบาหวานขั้นรุนแรง, 4.5 โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง(โรคเอดส์), 4.6 โรคไตวายเรื้อรัง, 4.7 โรคปอดเรื้อรัง, 4.8 โรคตับแข็ง, 4.9 โรคเอสแอลอี (SLE)

5. โรคร้ายแรงอื่น ๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่า บันทึกถ้อยคำดังกล่าวที่ได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอัน
เป็นเท็จแล้ว ขอให้ สส.สก. ตัดสิทธิ์ให้ข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติการเป็นสมาชิกได้ตามมติคณะกรรมการ สส.สก. ข้าพเจ้าและผู้รับเงิน
สงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์ใด ๆ และขอสละสิทธิ์ในการที่จะได้รับเงินสงเคราะห์เมื่อข้าพเจ้าได้เสียชีวิตตามข้อ 4.1 - 4.9
ทั้งสิ้นหากเสียชีวิตใน 1 ปี

ข้าพเจ้าได้รับทราบเงื่อนไข และยินยอมเปิดเผยประวัติของข้าพเจ้าและขอมอบอำนาจให้ สส.สก. ขอประวัติการรักษาของ
ข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ขอรับรองว่าเป็นความสัตย์จริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้สมัครสมาชิก สส.สก.

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

(เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสาน)

งานลงชื่อ.....พยาน

(.....)

(ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)