



พทส.001 ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ

กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจดทะเบียนแล้ว

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

เรียน คณะกรรมการกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจดทะเบียนแล้ว

พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ผู้ประสงค์สมัครสมาชิกกองทุน ขอแจ้งรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ข้อมูลส่วนตัว

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... นามสกุล..... อายุ .....ปี

สังกัดส่วนราชการ/กรม .....หน่วยงาน..... จังหวัด.....

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

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

โทรศัพท์มือถือ ..... เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

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

สถานะสมาชิก

สมาชิกใหม่  สมาชิกที่เคยลาออกจากกองทุน โดยไม่ลาออกจากงาน ครบ 1 ปี

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจดทะเบียนแล้ว โดยข้าพเจ้าได้ทราบข้อบังคับกองทุนฯ และสิทธิหน้าที่ของข้าพเจ้าดีแล้ว และตกลงที่จะปฏิบัติตามทุกประการ ข้าพเจ้าขอให้นายจ้างหักเงินสะสมจากค่าจ้างของข้าพเจ้าทุก ๆ งวดการจ่ายค่าจ้างในอัตราร้อยละ

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

แล้วนำส่งเข้ากองทุนตามนโยบายการลงทุนทางเลือกที่ 1 พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าขอระบุบุคคลผู้มีสิทธิรับประโยชน์ทั้งสิ้นของข้าพเจ้าในกรณีที่ข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้งสิ้น ..... คน ตามรายละเอียดและอัตราส่วน ดังต่อไปนี้

Table with 2 columns: บุคคลผู้มีสิทธิรับประโยชน์, อัตราส่วน (%)

หมายเหตุ กรณีมีผู้รับผลประโยชน์เกินกว่า 2 ราย ให้ทำบัญชีรายชื่อเพิ่มเติม พร้อมลงลายมือชื่อกำกับตามแบบฟอร์มพทส.001.1

อนึ่ง ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ได้รับเงินเดือนหรือเงินโบนัสหรือเงินอื่นใด ข้าพเจ้าประสงค์ให้นำส่วนของผู้รับประโยชน์ที่ถึงแก่ความตายนั้นจัดสรรให้กองทุนจัดสรรให้แก่ผู้รับประโยชน์ตามส่วนที่เท่า ๆ กัน

ในกรณีที่ผู้รับประโยชน์คนใดถึงแก่ความตายก่อนหรือถึงแก่ความตายพร้อมกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าประสงค์ให้นำส่วนของผู้รับประโยชน์ที่ถึงแก่ความตายนั้นจัดสรรให้แก่ผู้รับประโยชน์ที่ยังมีชีวิตอยู่ตามเงื่อนไขการจ่ายเงินแก่ผู้รับประโยชน์ที่ระบุไว้ข้างต้น

ทั้งนี้ หากมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์ และ/หรือ อัตราส่วนของผู้รับประโยชน์ที่ระบุไว้ข้างต้น ข้าพเจ้าจะแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรต่อคณะกรรมการกองทุน

\*\*\* โปรดเก็บใบสมัครฉบับจริงไว้ที่หน่วยงาน \*\*\*

<p><b>ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการและรับทราบ ข้อบังคับ กสท.พทส. แล้ว</b></p> <p>ลงชื่อ ..... (ผู้สมัคร) (.....)</p> <p>ลงชื่อ ..... (พยาน) (.....)</p> <p>ลงชื่อ ..... (พยาน) (.....)</p>	<p><b>ขอรับรองว่าตรวจสอบแล้ว ถูกต้องทุกประการ และเห็นสมควรอนุมัติให้เป็นสมาชิก กสท.พทส.</b></p> <p>ลงชื่อ ..... (.....)</p> <p>ตำแหน่ง ..... วันที่ ..... / ..... / .....</p> <p style="text-align: center;"><b>ผู้ตรวจเอกสาร</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>อนุมัติ</b></p> <p>ลงชื่อ ..... (.....)</p> <p>ตำแหน่ง ..... วันที่ ..... / ..... / .....</p> <p style="text-align: center;"><b>ผู้มีอำนาจอนุมัติ</b></p> <p style="text-align: center;"><b>**โปรดลงวันที่ในการลงนามอนุมัติ**</b></p>
---	--

**คำชี้แจง : การเข้าเป็นสมาชิกกองทุน**

1. พนักงานกระทรวงสาธารณสุข จะเป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจดทะเบียนแล้ว สมบูรณ์ต่อเมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย และมีการระบุนวันที่ได้รับอนุมัติ

2. พนักงานกระทรวงสาธารณสุขที่สมัครเข้าเป็นสมาชิกและส่วนราชการผู้จ่ายค่าจ้าง **ได้รับอนุมัติก่อนวันที่ 15 ของเดือนใด** สิทธิในการส่งเงินเข้ากองทุนให้เริ่มในงวดเดือนนั้น ส่วนผู้ที่สมัครเข้าเป็นสมาชิกและส่วนราชการผู้จ่ายค่าจ้าง **ได้รับอนุมัติตั้งแต่วันที่ 15 ของเดือน** สิทธิในการส่งเงินเข้ากองทุนให้เริ่มในงวดเดือนถัดไป

3. ในกรณีที่พนักงานกระทรวงสาธารณสุขเข้าเป็นสมาชิกกองทุน และมีความประสงค์ลาออกจากกองทุน โดยไม่ลาออกจากงาน สามารถสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนได้อีกเพียง 1 ครั้งเท่านั้น แต่ต้องลาออกจากกองทุนไปแล้วไม่ต่ำกว่า 1 ปี นับจากวันสิ้นสุดสมาชิกภาพ

**สิทธิและหน้าที่ของสมาชิกกองทุน**

1. ต้องปฏิบัติตามข้อบังคับกองทุน โดยลงนามรับทราบข้อมูลปรากฏในข้อบังคับกองทุน และไม่กระทำการใด ๆ ที่อาจจะก่อให้เกิดความเสียหายแก่กองทุน

2. ยินยอมให้ส่วนราชการหักเงินสะสมส่วนของตนจากค่าจ้าง ส่งเข้ากองทุนทุกครั้งที่มีการจ่ายค่าจ้างตามอัตรา ที่สมาชิกเลือก

3. มีสิทธิได้รับเงินสะสมและผลประโยชน์ของเงินสะสมเมื่อสิ้นสมาชิกภาพไม่ว่าด้วยกรณีใด ๆ

4. มีสิทธิได้รับเงินสมทบและผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินสมทบตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับกองทุน

5. มีสิทธิเข้าร่วมประชุมใหญ่สมาชิก ขอเข้าชื่อเปิดประชุมใหญ่วิสามัญ ตลอดจนออกเสียงลงคะแนนใด ๆ ตามข้อกำหนดในข้อบังคับนี้

6. มีสิทธิตรวจดูข้อบังคับกองทุน บัญชีและเอกสารของกองทุน ณ ที่ตั้งสำนักงานกองทุนได้ในเวลาเปิดทำการ

7. มีสิทธิระบุและเปลี่ยนแปลงชื่อผู้รับประโยชน์โดยแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรต่อคณะกรรมการกองทุน

8. มีสิทธิและหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง



## ตัวอย่าง การกรอกใบสมัครกองทุน พกส.001

พกส.001 ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ

กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจดทะเบียนแล้ว

ว/ค/ป ให้ระบุวันที่เขียนในสมัคร

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

เรียน คณะกรรมการกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจดทะเบียนแล้ว

พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ผู้ประสงค์สมัครสมาชิกกองทุน ขอแจ้งรายละเอียด ดังต่อไปนี้

### ข้อมูลส่วนตัว

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... **เก็บออม** ..... นามสกุล ..... **ตลอดชีพ** ..... อายุ **XX** ปี

หน่วยงานในสังกัด/หน่วยบริการ **รพ.สต.บ้านสายฝน สสจ.ชลบุรี** กรม **สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** จังหวัด **ชลบุรี**

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่ **XXX** หมู่ที่ **X** ซอย **XXX** ถนน **XXXX** ตำบล/แขวง **XXXX**

อำเภอ/เขต **XXXX** จังหวัด **ชลบุรี** รหัสไปรษณีย์ **20150** โทรศัพท์ **055 - XXX XXX (ถ้ามี)**

โทรศัพท์มือถือ **098 - XXX XXXX** เลขประจำตัวประชาชน **X - X X X X X - X X X X X - X X - X**

วัน/เดือน/ปีเกิด **X X - X X - X X X X** วันที่/เดือน/ปีที่เข้าทำงาน **0 1 - 0 9 - 2 5 5 9** ระบุวันที่เริ่ม (ตามคำสั่งจ้าง)

### สถานะสมาชิก

สมาชิกใหม่  สมาชิกที่เคยลาออกจากกองทุน แต่ไม่ลาออกจากงาน ครบ 1 ปี

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจดทะเบียนแล้ว โดยข้าพเจ้าได้ทราบข้อบังคับกองทุนฯ และสิทธิหน้าที่ของข้าพเจ้าดีแล้ว และตกลงที่จะปฏิบัติตามทุกประการ ข้าพเจ้าขอให้นายจ้างหักเงินสะสมจากค่าจ้างของข้าพเจ้าทุก ๆ งวดการจ่ายค่าจ้างในอัตราร้อยละ **สามารถเลือกสะสมเงิน**

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

แล้วนำส่งเข้ากองทุนตามนโยบายการลงทุนทางเลือกที่ 1 พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าขอระบุบุคคลผู้มีสิทธิรับประโยชน์ทั้งสิ้นของข้าพเจ้าในกรณีที่ข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้งสิ้น **2** คน ตามรายละเอียดและอัตราส่วน ดังต่อไปนี้

บุคคลผู้มีสิทธิรับประโยชน์	อัตราส่วน (%)
1. ชื่อ-นามสกุล ..... <b>นายรักษา ตลอดชีพ</b> ..... เกี่ยวข้องเป็น <b>บิดา</b> ..... ที่อยู่ติดต่อได้ ..... <b>xxx ม.ข ซ. xxxx ถ. xxxxxxx ต. xxxxxxx อ. xxxxxxx จ.ชลบุรี</b> ..... โทรศัพท์ ..... <b>099 - XXX XXXX</b> ..... <b>50</b>	
2. ชื่อ-นามสกุล ..... <b>นางณอม ตลอดชีพ</b> ..... เกี่ยวข้องเป็น <b>มารดา</b> ..... ที่อยู่ติดต่อได้ ..... <b>xxx ม.ข ซ. xxxx ถ. xxxxxxx ต. xxxxxxx อ. xxxxxxx จ.ชลบุรี</b> ..... โทรศัพท์ ..... <b>095 - XXX XXXX</b> ..... <b>50</b>	
<b>รวม</b>	<b>100%</b>

**หมายเหตุ** กรณีมีผู้รับผลประโยชน์เกินกว่า 2 ราย ให้ทำบัญชีรายชื่อเพิ่มเติม พร้อมลงลายมือชื่อกำกับตามแบบฟอร์มพกส.001.1

อนึ่ง ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ได้รับเงินเดือนหรือเงินบำนาญที่ได้รับประโยชน์ไว้ หรือเงื่อนไขที่กำหนดไว้ไม่ชัดเจนหรืออาจเกิดความได้หลายนัย ข้าพเจ้าประสงค์ให้กองทุนจัดสรรให้แก่ผู้รับประโยชน์ตามส่วนที่เท่า ๆ กัน

ในกรณีที่ผู้รับประโยชน์คนใดถึงแก่ความตายก่อนหรือถึงแก่ความตายพร้อมกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าประสงค์ให้นำส่วนของผู้รับประโยชน์ที่ถึงแก่ความตายนั้นจัดสรรให้แก่ผู้รับประโยชน์ที่ยังมีชีวิตอยู่ตามเงื่อนไขการจ่ายเงินแก่ผู้รับประโยชน์ที่ระบุไว้ข้างต้น

ทั้งนี้ หากมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์ และ/หรือ อัตราส่วนของผู้รับประโยชน์ที่ระบุไว้ข้างต้น ข้าพเจ้าจะแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรต่อคณะกรรมการกองทุน

**\*\*\* โปรดเก็บใบสมัครฉบับจริงไว้ที่หน่วยงาน \*\*\***

<p>ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการและรับทราบ ข้อบังคับ กสส.พกส. แล้ว</p>	<p>ขอรับรองว่าตรวจสอบแล้ว ถูกต้องทุกประการ และเห็นสมควรอนุมัติให้เป็นสมาชิก กสส.พกส.</p>
<p>ลงชื่อ <b>เก็บออม ตลอดชีพ</b> (ผู้สมัคร) (<b>นางสาวเก็บออม ตลอดชีพ</b>)</p>	<p>ลงชื่อ <b>ให้ผู้ที่ตรวจสอบเอกสารลงนาม</b> (.....) ตำแหน่ง ..... วันที่ ..... / ..... / .....</p>
<p>ลงชื่อ <b>กำหนดให้มีผู้ลงนามเป็นพยาน</b> (พยาน) (.....)</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>อนุมัติ</b></p> <p>ลงชื่อ <b>ให้ผู้มีอำนาจลงนาม</b> (<b>ภายหลังจากผู้มีอำนาจลงนามในใบสมัคร</b>) <b>ให้ส่งใบสมัครกลับไปหน่วยงานต้นสังกัดของสมาชิกผู้นั้น</b> ตำแหน่ง <b>เพื่อนำส่งเงินเข้ากองทุนต่อไป</b> วันที่ ..... / ..... / ..... นพ.สสจ./ผ.รพศ./รพท./อธิบดี หรือบุคคลซึ่งอธิบดีมอบหมาย ปฏิบัติหน้าที่แทนประธานคณะกรรมการกองทุนสร้างเลี้ยงชีพ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจดทะเบียนแล้ว</p> <p><b>**โปรดลงวันที่ในการลงนามอนุมัติ**</b></p>
<p>ลงชื่อ <b>กำหนดให้มีผู้ลงนามเป็นพยาน</b> (พยาน) (.....)</p>	

**คำชี้แจง : การเข้าเป็นสมาชิกกองทุน**

1. พนักงานกระทรวงสาธารณสุข จะเป็นสมาชิกกองทุนสร้างเลี้ยงชีพ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจดทะเบียนแล้ว สมบูรณ์ต่อเมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย และมีภาระบววันที่ที่ได้รับอนุมัติ
  2. พนักงานกระทรวงสาธารณสุขที่สมัครเข้าเป็นสมาชิกและส่วนราชการผู้จ่ายค่าจ้าง ได้รับอนุมัติก่อนวันที่ 15 ของเดือนใด สิทธิในการส่งเงินเข้ากองทุนให้เริ่มในงวดเดือนนั้น ส่วนผู้ที่สมัครเข้าเป็นสมาชิกและส่วนราชการผู้จ่ายค่าจ้างได้รับอนุมัติตั้งแต่วันที่ 15 ของเดือน สิทธิในการส่งเงินเข้ากองทุนให้เริ่มในงวดเดือนถัดไป
  3. ในกรณีที่พนักงานกระทรวงสาธารณสุขเข้าเป็นสมาชิกกองทุน และมีความประสงค์ลาออกจากกองทุน โดยไม่ลาออกจากงาน สามารถสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนได้อีกเพียง 1 ครั้งเท่านั้น แต่ต้องลาออกจากกองทุนไปแล้วไม่ต่ำกว่า 1 ปี นับจากวันสิ้นสุดสมาชิกภาพ
- สิทธิและหน้าที่ของสมาชิกกองทุน**
1. ต้องปฏิบัติตามข้อบังคับกองทุน โดยลงนามรับทราบข้อมูลปรากฏในข้อบังคับกองทุน และไม่กระทำการใด ๆ ที่อาจจะก่อให้เกิดความเสียหายแก่กองทุน
  2. ยินยอมให้ส่วนราชการหักเงินสะสมส่วนของตนจากค่าจ้าง ส่งเข้ากองทุนทุกครั้งที่มีการจ่ายค่าจ้างตามอัตรา ที่สมาชิกเลือก
  3. มีสิทธิได้รับเงินสะสมและผลประโยชน์ของเงินสะสมเมื่อสิ้นสมาชิกภาพไม่ว่าด้วยกรณีใด ๆ
  4. มีสิทธิได้รับเงินสมทบและผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินสมทบตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับกองทุน
  5. มีสิทธิเข้าร่วมประชุมใหญ่สมาชิก ขอเข้าชื่อเปิดประชุมใหญ่วิสามัญ ตลอดจนออกเสียงลงคะแนนใด ๆ ตามข้อกำหนดในข้อบังคับนี้
  6. มีสิทธิตรวจดูข้อบังคับกองทุน บัญชีและเอกสารของกองทุน ณ ที่ตั้งสำนักงานกองทุนได้ในเวลาเปิดทำการ
  7. มีสิทธิระบุและเปลี่ยนแปลงชื่อผู้รับประโยชน์โดยแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรต่อคณะกรรมการกองทุน
  8. มีสิทธิและหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

**เอกสารที่ใช้ประกอบการสมัคร**

1. สำเนาบัตรประชาชนของผู้สมัคร พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
2. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร (ถ้ามี) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
3. แบบประเมินความเสี่ยง (สำหรับแบบประเมินให้ส่งไปที่ งานทะเบียนสมาชิก บลจ.กรุงไทย จำกัด (มหาชน) ตู้ ปณ. 443 ปณจ.บางรัก กทม. 10500 เท่านั้น)

\*\*\* โปรดเก็บใบสมัครฉบับจริงไว้ที่หน่วยงาน \*\*\*