

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 งวดการจ่ายค่าจ้าง ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับกองทุน แล้วนำส่งเข้ากองทุนตามนโยบายการลงทุนที่กองทุนกำหนดไว้ พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าขอระบุบุคคลผู้มีสิทธิรับประโยชน์ทั้งสิ้นของข้าพเจ้าในกรณีที่ข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้งสิ้น คน ตามรายละเอียดและอัตราส่วน ดังต่อไปนี้

บุคคลผู้มีสิทธิรับประโยชน์	อัตราส่วน (%)
1. ชื่อ-นามสกุล เกี่ยวข้องเป็น ที่อยู่ติดต่อได้	
2. ชื่อ-นามสกุล เกี่ยวข้องเป็น ที่อยู่ติดต่อได้	
รวม	100%

หมายเหตุ กรณีมีผู้รับผลประโยชน์เกินกว่า 2 ราย ให้ทำบัญชีรายชื่อเพิ่มเติม พร้อมลงลายมือชื่อกำกับตามแบบฟอร์ม พทส.001.1

อนึ่ง ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ได้ระบุเงื่อนไขการจ่ายเงินแก่ผู้รับประโยชน์ไว้ หรือเงื่อนไขที่กำหนดไว้ไม่ชัดเจนหรือ
 อาจตีความได้หลายนัย ข้าพเจ้าประสงค์ให้กองทุนจัดสรรให้แก่ผู้รับประโยชน์ตามส่วนที่เท่า ๆ กัน

ในกรณีที่ผู้รับประโยชน์คนใดถึงแก่ความตายก่อนหรือถึงแก่ความตายพร้อมกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าประสงค์ให้นำส่วนของผู้รับ
 ประโยชน์ที่ถึงแก่ความตายนั้นจัดสรรให้แก่ผู้รับประโยชน์ที่ยังมีชีวิตอยู่ตามเงื่อนไขการจ่ายเงินแก่ผู้รับประโยชน์ที่ระบุไว้ข้างต้น

ทั้งนี้ หากมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์ และ/หรือ อัตราส่วนของผู้รับประโยชน์ที่ระบุไว้ข้างต้น ข้าพเจ้าจะแจ้ง
 เป็นลายลักษณ์อักษรต่อคณะกรรมการกองทุน

<p style="text-align: center;">ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการและรับทราบ ข้อบังคับ กสส.พกส. แล้ว</p> <p>ลงชื่อ (ผู้สมัคร) (.....)</p> <p>ลงชื่อ (พยาน) (.....)</p> <p>ลงชื่อ (พยาน) (.....)</p>	<p style="text-align: center;">ขอรับรองว่าตรวจสอบแล้วถูกต้องทุกประการ และเห็นสมควรอนุมัติให้เป็นสมาชิก กสส.พกส.</p> <p>ลงชื่อ (.....)</p> <p>ตำแหน่ง วันที่ /..... /.....</p> <p style="text-align: center;">คณะกรรมการกองทุน หรือหัวหน้าหน่วยงาน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย</p>
---	--

คำชี้แจง : การเข้าเป็นสมาชิกกองทุน

1. พนักงานกระทรวงสาธารณสุข จะเป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจดทะเบียนแล้ว
 สมบูรณ์ต่อเมื่อ ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย และมีผลในวันที่ได้รับอนุมัติ
2. พนักงานกระทรวงสาธารณสุขที่สมัครเข้าเป็นสมาชิกและส่วนราชการผู้จ่ายค่าจ้าง ได้ลงทะเบียนรับก่อนวันที่
 15 ของเดือนใด สิทธิในการส่งเงินเข้ากองทุนให้เริ่มในงวดเดือนนั้น ส่วนผู้ที่สมัครเข้าเป็นสมาชิกและส่วนราชการผู้จ่ายค่าจ้าง
 ได้ลงทะเบียนรับตั้งแต่วันที่ 15 ของเดือน สิทธิในการส่งเงินเข้ากองทุนให้เริ่มในงวดเดือนถัดไป
3. ในกรณีที่สมาชิกกองทุนลาออกจากกองทุนโดยไม่ลาออกจากงาน สมาชิกผู้นั้นไม่สามารถสมัครเข้าเป็นสมาชิก
 กองทุนได้อีก

สิทธิและหน้าที่ของสมาชิกกองทุน

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

พทส.003 แบบแจ้งการนำส่งเงินเข้ากองทุนสำรองเลี้ยงชีพ

(เอกสารฉบับนี้ต้องส่งพร้อมการนำส่งเงินและรายละเอียดรายสมาชิกทุกครั้งที่มีการจ่ายเงินเข้ากองทุน)
กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจดทะเบียนแล้ว

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง การนำส่งเงินเข้ากองทุนประจำงวดที่ เดือน ปี

เรียน บมจ.หลักทรัพย์จัดการกองทุน กรุงไทย

ชื่อนิติบุคคล/หน่วยงาน ใครขอส่งรายงานแสดงรายละเอียดการนำส่งเงินเข้าบัญชีกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจดทะเบียนแล้ว ดังนี้

เงินสะสม (1) บาท
เงินสมทบ (2) บาท
เงินอื่น ๆ (3) บาท
รวม (4) บาท

พร้อมกันนี้ได้แนบเอกสารและข้อมูลดังต่อไปนี้มาด้วยแล้ว

หลักฐานการนำส่งเงินเข้าบัญชีกองทุน

สำเนาใบนำฝากเงินกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ

เข้าบัญชีกองทุน ธนาคาร สาขา

จำนวนเงิน บาท เมื่อวันที่

ข้อมูลสมาชิก

รายงาน ฉบับ /ไฟล์ (รายละเอียด :))

E-mail : member_p.pvd@ktam.co.th

ลงชื่อ

(.....)

ผู้มีอำนาจลงนามหรือผู้ได้รับมอบหมาย

คำอธิบายประกอบ

- (1) จำนวนเงินสะสมทั้งหมดที่นำส่งในงวดนี้
- (2) จำนวนเงินสมทบทั้งหมดที่นำส่งในงวดนี้
- (3) เงินอื่น ๆ เช่น เงินค่าปรับ, เงินกองทุนเก่า หรือ เงินประเดิม ที่นำส่งในงวดนี้
- (4) เงินที่นำส่งทั้งหมด ซึ่งจะเท่ากับยอดเงินที่ระบุในสำเนาใบนำฝากเงินกองทุนสำรองเลี้ยงชีพเข้าบัญชีกองทุน

ชื่อนิติบุคคล

กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจดทะเบียนแล้ว

วันที่ เดือน พ.ศ.....

เรียน บมจ.หลักทรัพย์จัดการกองทุน กรุงเทพ

คณะกรรมการกองทุนหรือเจ้าหน้าที่หน่วยงานขอแจ้งรายละเอียดของสมาชิกที่สิ้นสุดสมาชิกภาพ เพื่อขอรับเงินกองทุน (เงินสะสม เงินสมทบ และผลประโยชน์) ตามสิทธิของสมาชิกที่พึงได้รับตามที่ระบุในข้อบังคับกองทุน พร้อมเอกสารแนบ (ถ้ามี) ซึ่งสมาชิก / ผู้รับผลประโยชน์ ได้รับรองสำเนาแล้ว ดังต่อไปนี้

ข้อมูลสมาชิก

ชื่อ - สกุล (ตัวบรรจง) รหัสสมาชิก เข้าทำงานวันที่ เดือน พ.ศ.
สิ้นสุดจากการเป็นพนักงานวันที่ เดือน พ.ศ. รวมอายุงาน ปี วัน ส่งเงินเข้ากองทุนงวดสุดท้ายวันที่ เดือน พ.ศ.
วัน/เดือน/ปี เกิด เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

ข้อมูลการโอนย้ายกองทุน เฉพาะกรณีที่มีการโอนย้ายจากกองทุนอื่นมากองทุนใหม่/กองทุนเฉพาะส่วนนายจ้างนี้ โดยมีอายุสมาชิกกองทุนต่อเนื่องกัน

เข้าทำงานกับนายจ้างเดิมวันที่ เดือน พ.ศ. เริ่มเป็นสมาชิกในกองทุนเดิมวันที่ เดือน พ.ศ.
รวมอายุงานตั้งแต่วันที่เข้าทำงานกับนายจ้างเดิมถึงวันที่สิ้นสุดจากการเป็นพนักงานกับนายจ้างปัจจุบัน ปี วัน

เอกสารแนบ : 1. หนังสือรับรองการทำงานจากนายจ้างเดิมทุกราย จำนวน ฉบับ

2. หนังสือรับรองอายุสมาชิกภาพจากกองทุนเดิมทุกกองทุน จำนวน ฉบับ

มีการขอคงเงินไว้ในกองทุนตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. ถึงวันที่ เดือน พ.ศ.

ข้อมูลการสิ้นสุดสมาชิกภาพ

- ลาออกจากงาน
ลาออกจากกองทุน โดยมีได้ลาออกจากงาน
โอนย้ายกองทุน ไปยังกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ซึ่งจดทะเบียนแล้ว
กรณีเกษียณอายุ ตามข้อบังคับเกี่ยวกับการทำงานของนายจ้าง เอกสารแนบ : หนังสือรับรองการเกษียณอายุ , สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
กรณีลาออกจากงาน สมาชิกที่อายุครบ 55 ปีบริบูรณ์ และเป็นสมาชิกกองทุนแล้วไม่น้อยกว่า 5 ปีต่อเนื่อง เอกสารแนบ : สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
ทุพพลภาพ เอกสารแนบ : หนังสือรับรองแพทย์
เสียชีวิต เอกสารแนบ : สำเนาใบมรณะบัตร, หนังสือแจ้งผู้รับผลประโยชน์ (ต้นฉบับ), สำเนาบัตรประชาชนผู้รับผลประโยชน์
ลาออกจากงาน และขอคงเงินไว้ในกองทุนตามระยะเวลาไม่เกินที่กำหนดไว้ในข้อบังคับกองทุน เอกสารแนบ : สำเนาใบฝากเงินค่าธรรมเนียมของเงินไว้ในกองทุน จำนวน 500- บาท, แบบแจ้งขอคงเงินไว้ในกองทุน, สำเนาสมุดบัญชีธนาคารหน้าแรกที่มีชื่อสมาชิก
อื่น ๆ (ระบุ)

ข้อมูลการเป็นสมาชิกกองทุน และการจ่ายเงินส่วนของนายจ้างเมื่อสิ้นสุดสมาชิกภาพ

เริ่มเป็นสมาชิกกองทุนวันที่.....เดือน.....พ.ศ.25..... สิ้นสุดสมาชิกภาพวันที่.....เดือน.....พ.ศ.25.....

รวมอายุการเป็นสมาชิก.....ปี.....วัน

อัตราการได้รับเงินสมทบ และผลประโยชน์ของเงินสมทบ (ตามข้อบังคับกองทุน ข้อ 7.7) 0% 20% 40% 60% 80% 100%

ข้อมูลการขอรับเงิน

- สั่งจ่ายเช็คระบุชื่อ A/C Payee Only
โอนเข้าบัญชีสมาชิก เอกสารแนบ: สำเนาสมุดบัญชีธนาคารหน้าแรกที่มีชื่อสมาชิก พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
อื่น ๆ (ระบุ).....

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ ในกรณีที่นายทะเบียนสมาชิกได้ดำเนินการตามข้อมูล หรือข้อเท็จจริงที่ระบุไว้ในเอกสารนี้แม้ว่าคณะกรรมการกองทุนหรือเจ้าหน้าที่หน่วยงานจะไม่ดำเนินการจัดส่งเอกสารต้นฉบับให้นายทะเบียนสมาชิก ให้ถือว่าคณะกรรมการกองทุนหรือเจ้าหน้าที่หน่วยงานยอมรับความรับผิดชอบต่อความเสียหายซึ่งอาจเกิดขึ้นต่อทั้งกองทุน สมาชิก ผู้มีสิทธิรับเงิน และบริษัทจัดการ อันเนื่องมาจากการไม่ได้ส่งเอกสารต้นฉบับดังกล่าว โดยกองทุนตกลงจะรับผิดชอบในความเสียหายรวมถึงค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นนั้น นอกจากนี้ กรรมการกองทุนหรือเจ้าหน้าที่หน่วยงานได้แจ้งให้สมาชิกทราบแล้วว่า กรณีที่สมาชิกเป็นสมาชิกมากกว่า 1 กองทุน สมาชิกจะต้องนำเงินได้พึงประเมินรวมจากทุกกองทุนไปคำนวณภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาอีกครั้งเมื่อสิ้นปีภาษี

ลงชื่อ

(.....)

ผู้มีอำนาจลงนามหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

วิธีการชำระเงิน KTB Bill Payment

- กรุณากรอกข้อความลงในแบบฟอร์มข้างล่าง ทั้งส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 แล้วนำไปยื่นชำระเงินที่เคาน์เตอร์ของธนาคารกรุงไทย (กรุณากรอกข้อมูลการชำระที่มีเครื่องหมาย * กำกับให้ครบถ้วน)
- เจ้าหน้าที่ธนาคารจะเก็บส่วนที่ 2 และคืนส่วนที่ 1 ให้ท่านเก็บไว้ เพื่อเป็นหลักฐานการรับเงินของกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ
- * โบนัสฝาก 1 ใบ ต่อ 1 รายการรับชำระค่าบริการ เท่านั้น
- กรณีนำฝากด้วยเช็ค บริษัทจะได้รับเงินเมื่อ บมจ.ธนาคารกรุงไทย ได้รับเงินตามเช็คที่เรียกเก็บเรียบร้อยแล้ว
- ลูกค้า / ผู้ชำระ ยินยอมเสียค่าธรรมเนียมและค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการโอนเงินให้แก่ธนาคาร

ส่วนที่ 1 (ส่วนของลูกค้า)

เพื่อเข้าบัญชีกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจดทะเบียนแล้ว

วันที่/Date _____



บมจ. ธนาคารกรุงไทย (KTB Bill Payment)

รหัสผลิตภัณฑ์ (Product Code) : 5337

สาขา.....

ชื่อหน่วยงาน* _____

Ref. 1* (Division Code 15 หลัก) _____

Ref. 2* (Telephone Number) _____

Ref. 3* (งวดเดือนที่นำส่งเงิน) _____

เงินสด / Cash เช็ค / Cheque

ตัวอย่าง: เดือน 09/60 กรอกเป็น "092560" กรณีนำส่งหลายเดือนกรอกกรอกเดือนล่าสุด

หมายเลขเช็ค	วันที่	ชื่อธนาคาร / สาขา	จำนวนเงิน (บาท)
เงินสด			
จำนวนเงินเป็นตัวอักษร (Amount in words)			จำนวนเงินเป็นตัวเลข / Total Amount

ผู้นำฝาก* _____ โทร.* _____ เจ้าหน้าที่ธนาคาร _____

เพื่อความสะดวกของท่าน กรุณานำใบแจ้งการชำระเงินพร้อม ใบแจ้งหนี้ ไปชำระได้ที่ บมจ. ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ

หมายเหตุ : ใบ PAY IN ฉบับนี้เป็นหลักฐานการรับเงิน เมื่อบริษัทจัดการเรียกเก็บเงินตามที่ระบุไว้ข้างต้นได้แล้ว

ส่วนที่ 2 (ส่วนของธนาคาร)

เพื่อเข้าบัญชีกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจดทะเบียนแล้ว

วันที่/Date _____



บมจ. ธนาคารกรุงไทย (KTB Bill Payment)

รหัสผลิตภัณฑ์ (Product Code) : 5337

สาขา.....

ชื่อหน่วยงาน* _____

Ref. 1* (Division Code 15 หลัก) _____

Ref. 2* (Telephone Number) _____

Ref. 3* (งวดเดือนที่นำส่งเงิน) _____

เงินสด / Cash เช็ค / Cheque

ตัวอย่าง: เดือน 09/60 กรอกเป็น "092560" กรณีนำส่งหลายเดือนกรอกกรอกเดือนล่าสุด

หมายเลขเช็ค	วันที่	ชื่อธนาคาร / สาขา	จำนวนเงิน (บาท)
เงินสด			
จำนวนเงินเป็นตัวอักษร (Amount in words)			จำนวนเงินเป็นตัวเลข / Total Amount

ผู้นำฝาก* _____ โทร.* _____ เจ้าหน้าที่ธนาคาร _____

เพื่อความสะดวกของท่าน กรุณานำใบแจ้งการชำระเงินพร้อม ใบแจ้งหนี้ ไปชำระได้ที่ บมจ. ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ

หมายเหตุ : ใบ PAY IN ฉบับนี้เป็นหลักฐานการรับเงิน เมื่อบริษัทจัดการเรียกเก็บเงินตามที่ระบุไว้ข้างต้นได้แล้ว