แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

เขียนที่ ..... วันที่ ..... เดือน..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....

เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ อายุ ..... ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. ดังนี้

☐ 1. มีสุขภาพแข็งแรง

☐ 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

☐ 3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ

4. **<u>ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้</u>**

(4.1) โรคมะเร็ง ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

(4.2) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

(4.3) โรควัณโรคในระยะอันตราย ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

(4.4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

(4.5) โรคเอดส์ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

(4.6) โรคเอสแอลอี (SLE) ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

(4.7) โรคตับแข็ง ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

(4.8) โรคปอดเรื้อรัง ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

(4.9) ภาวะไตวาย (ล้างไต) ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

5. โรคร้ายแรงอื่นๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่า บันทึกถ้อยคำดังกล่าวที่ได้ให้ไว้ ข้างต้น เป็นความสัตย์จริงทุกประการ**<u>หากบันทึกถ้อยคำที่ได้แจ้งไว้ไม่ตรงกับความเป็นจริงแล้ว ขอให้ สส.ชสอ. ตัดสิทธิให้ข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติการเป็นสมาชิกได้ตามมติคณะกรรมการ สส.ชสอ. ข้าพเจ้าและผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิและใช้สิทธิใดๆ ในการที่ได้รับเงินสงเคราะห์ตามที่กำหนด เมื่อข้าพเจ้าได้เสียชีวิตตามข้อ (4.1)-(4.9) ทั้งสิ้น</u>**

ข้าพเจ้าได้รับทราบเงื่อนไขและข้อกำหนดแล้วว่าภายใน 1 ปีนับแต่ที่ สส.ชสอ. มีมติรับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว หากข้าพเจ้าเสียชีวิตไปก่อนครบกำหนด 1 ปี ทาง สส.ชสอ. จะไม่จ่ายเงินสงเคราะห์ให้ผู้รับเงินสงเคราะห์

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า และขอมอบอำนาจให้ สส.ชสอ. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ขอรับรองว่าเป็นความสัตย์จริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ .....

ตัวบรรจง (.....)

(ผู้สมัครสมาชิก สส.ชสอ.)

ลงชื่อ .....

ตัวบรรจง (.....)

พยาน (เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน)

ลงชื่อ .....

ตัวบรรจง (.....)

พยาน (ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)