



ถ้อยแถลงและให้คำยินยอมของผู้สมัครสมาชิก
กองทุนรักษ่อิสรภาพ (รอส.)

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิกกองทุนรักษ่อิสรภาพ (กรอ.) ดังนี้

- ☐ 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- ☐ 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- ☐ 3. ไม่มีจิตรพินเพื่อนไม่สมประกอบ
- ☐ 4. ประวัติการรักษาโรคดังต่อไปนี้
- | | |
|---|--|
| ☐ 4.1 โรคเมเร็งทุกชนิด | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| ☐ 4.2 โรคหัวใจ | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| ☐ 4.3 โรคผิวหนังในระยะอันตราย | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| ☐ 4.4 โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องฟอกไต | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| ☐ 4.5 โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้วให้กองทุนรักษ่อิสรภาพ(กรอ.) ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิกตามระเบียบของกองทุนฯ ได้ทันทีและข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการได้รับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิตรวมทั้งข้าพเจ้าไม่ตั้งใจที่จะเรียกร้องเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวหรือเงินอื่นใดจากกองทุนฯ ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับของกองทุนฯ ทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้กองทุนฯ ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....

(.....)

(ผู้สมัครสมาชิกกองทุนรักษ่อิสรภาพ)

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน (เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน)

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน (ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)