

คำร้องขอกู้ยืมเงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
ประเภท การกู้ยืมของคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการเป็นรายบุคคล

เขียนที่.....

วันที่เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอกู้ยืมเงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

เรียน ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ด้วยข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว..... อายุปี สัญชาติไทย

มีบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....ออกให้โดย.....

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... สถานที่ใกล้เคียง..... เป็นคนพิการประเภท.....

1. ประวัติผู้กู้ ที่อยู่ปัจจุบัน อาศัยมาแล้วเป็นเวลา ☐ น้อยกว่า 6 เดือน ☐ น้อยกว่า 1 ปี ☐ น้อยกว่า 3 ปี
☐ น้อยกว่า 5 ปี ☐ มากกว่า 5 ปี

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

สถานที่ใกล้เคียง.....

หรือเป็นผู้ดูแลคนพิการซึ่งอุปการะคนพิการชื่อนาย/นาง/นางสาว.....

ประเภทความพิการ..... เลขประจำตัวประชาชนเลขที่.....

ซึ่งเป็น ☐ เป็นผู้เยาว์ ☐ คนเสมือนไร้ความสามารถ ☐ คนไร้ความสามารถ ☐ ไม่สามารถประกอบ

กิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

สถานะภาพผู้กู้ ☐ โสด ☐ อยู่ด้วยกันไม่ได้จดทะเบียนสมรส ชื่อ.....☐ สมรส โดยมีคู่สมรสชื่อ..... ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่

มีผู้ค้ำประกันชื่อนาย/นาง/นางสาว..... อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชนเลขที่.....

สถานะภาพ ☐ โสด ☐ อยู่ด้วยกันไม่ได้จดทะเบียนสมรส ชื่อ.....☐ สมรส โดยมีคู่สมรสชื่อ..... ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่

ที่อยู่ปัจจุบัน..... หมู่..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์มือถือ.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... ประกอบอาชีพ..... ตำแหน่ง.....

ชื่อสถานที่ทำงาน..... ตั้งอยู่เลขที่..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... รายได้ต่อเดือน..... บาท

อายุการทำงาน.....ปี

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

สถานที่ใกล้เคียง.....

ความสัมพันธ์ของผู้กู้และผู้ค้ำประกันโดยเป็น ☐ ผู้สืบสันดาน ☐ ผู้บุพการี ☐ ญาติพี่น้อง ☐ บุคคลอื่น ☐ องค์กรคนพิการ

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ.....อายุ.....ปี ที่อยู่.....หมู่.....

ถนน.....แขวง/ตำบล.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....ความสัมพันธ์กับผู้กู้.....

กรณีผู้ค้ำเป็นองค์กรคนพิการที่เป็นนิติบุคคล ชื่อ.....

เลขทะเบียนนิติบุคคล.....โดย.....ผู้มีอำนาจลงนาม

ตั้งอยู่ที่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ถนน.....แขวง/ตำบล.....

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

สถานที่ใกล้เคียง.....

2. ภาระค่าใช้จ่ายต่อเดือนของครอบครัวทั้งหมดจำนวนบาท

ผู้กู้มีหน้าที่รับภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัวจำนวน.....บาท/เดือน

☐ ทั้งหมด ☐ รับภาระไม่เกินร้อยละ 30 ☐ รับภาระไม่เกินร้อยละ 50

☐ รับภาระไม่เกินร้อยละ 75

3. ทักษะอาชีพที่ขอกู้

☐ มีทักษะหรือมีหนังสือรับรองการฝึกอาชีพ ☐ ไม่มีทักษะ

4. ประวัติการกู้ยืมเงินกองทุนฯ ☐ เคยกู้ยืมเงินจากกองทุนฯ ☐ ไม่เคยกู้ยืมเงินจากกองทุนฯ

☐ เคยค้างชำระตั้งแต่ 3 - 12 งวด

☐ เคยค้างชำระเกิน 12 งวด และแก้ไขมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

5. ภาระหนี้สินที่มีของผู้กู้

☐ ไม่มี ☐ มีภาระหนี้สินและมีเอกสารมาแสดง ☐ มีภาระหนี้สิน ไม่มีหลักฐานมาแสดง

6. ปัจจุบันผู้กู้มีรายได้ต่อเดือน.....บาท โดยมีรายได้จากอาชีพดังนี้

6.1 ☐ อาชีพประจำ..... ☐ อาชีพอิสระ.....

6.2 ☐ มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 10,000 บาท ☐ มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 15,000 บาท

☐ มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 20,000 บาท ☐ มีรายได้ต่อเดือนเกิน 20,000 บาท

7. ผลที่คาดว่าจะได้รับต่อเดือนเพิ่มจากรายได้ต่อเดือนในปัจจุบัน จำนวน.....บาท

☐ เพิ่มขึ้นไม่เกิน 5,000 บาท ☐ เพิ่มขึ้นไม่เกิน 10,000 บาท ☐ เพิ่มขึ้นไม่เกิน 15,000 บาท

☐ เพิ่มขึ้นไม่เกิน 20,000 บาท ☐ เพิ่มขึ้นเกิน 20,000 บาท

8. ความน่าเชื่อถือของผู้ค้ำประกันซึ่งมีอาชีพ

8.1 ☐ อาชีพประจำ ☐ อาชีพอิสระ ☐ องค์กรคนพิการที่เป็นนิติบุคคล

8.2 ☐ มีหลักฐานรายได้ผู้ค้ำ ตั้งแต่ 25,000 บาท ขึ้นไป

☐ มีหลักฐานรายได้ผู้ค้ำ ตั้งแต่ 20,000 บาท - 24,999 บาท

☐ มีหลักฐานรายได้ผู้ค้ำ ตั้งแต่ 15,000 บาท - 19,999 บาท

☐ มีหลักฐานรายได้ผู้ค้ำ ตั้งแต่ 10,000 บาท - 14,999 บาท

☐ มีหลักฐานรายได้ผู้ค้ำ น้อยกว่า 10,000 บาท

9. การมีที่อยู่อาศัยของผู้ค้ำประกัน

☐ เป็นเจ้าของบ้านในจังหวัดที่ยื่นกู้ ☐ เช่าผู้อื่นหรืออาศัยผู้อื่นอยู่ ☐ มีภูมิลำเนาอยู่นอกจังหวัดที่ยื่นกู้

10. ภาระหนี้สินของผู้ค้ำประกัน

- ☐ ไม่มี ☐ มีภาระหนี้สิน

11. ประวัติการค้ำประกันให้ผู้กู้ยืมเงินจากกองทุน

- ☐ เคยค้ำประกันและอยู่ระหว่างชำระ ☐ เคยค้ำประกันแต่ชำระหมดแล้ว ☐ ไม่เคย

ข้าพเจ้าประสงค์จะขอกู้ยืมเงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เป็นจำนวนเงิน บาท (.....) เพื่อนำไปประกอบอาชีพ

- ☐ ค้าขาย..... ☐ เกษตรกร..... ☐ งานช่างและบริการ.....
☐ อื่นๆ

ข้าพเจ้าจะผ่อนชำระเงินกู้ เดือนละ..... บาท มีกำหนด.....เดือน นับตั้งแต่วันที่ได้ทำสัญญาเป็นต้นไป ในการนี้ข้าพเจ้าได้แนบสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของธนาคาร.....
 ชื่อบัญชี.....สาขา.....เลขที่บัญชี.....

ของข้าพเจ้ามาพร้อมนี้ เพื่อสะดวกในการรับเงินที่กู้ยืมจากกองทุนฯ และให้ถือว่าข้าพเจ้าได้รับเงินกู้ตามจำนวนที่เงินกองทุนโอนเข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้าตามที่ได้แนบมาพร้อมนี้ และรับรองว่าเมื่อได้รับเงินที่อนุมัติให้กู้ยืมไปแล้วจะนำไปใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ที่ยื่นคำร้องขอกู้ยืมและจะปฏิบัติตามระเบียบการกู้ยืมเงินและสัญญากู้ยืมเงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการทุกประการโดยยินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการดำเนินการตามระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการกู้เงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าได้ตามความจำเป็นทั้งนี้เพื่อประโยชน์ของกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบคำร้องขอกู้ยืมมาพร้อมนี้เพื่อประกอบการพิจารณาคำร้องขอกู้ยืมเงินของข้าพเจ้า

เอกสารประกอบคำร้องขอกู้ยืม

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและบัตรประจำตัวคนพิการ
☐ สำเนาทะเบียนบ้าน และหลักฐานการมีภูมิลำเนาปัจจุบัน
☐ แผนที่เดินทางของที่อยู่อาศัยและแผนที่ประกอบอาชีพ และรูปถ่ายขนาด 4x6 นิ้วจำนวน 1 รูป
☐ สำเนาหนังสือสัญญาเช่าบ้าน หรือเอกสารรับรองการมีถิ่นที่อยู่ถาวรในท้องที่ที่ยื่นคำขอกู้
☐ สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ค้ำประกัน หรือข้อบังคับของสมาคมที่มีวัตถุประสงค์ให้ค้ำประกันได้และสำเนาบัตรผู้มีอำนาจลงนาม
☐ หนังสือรับรองเงินเดือนหรือเอกสารแสดงรายได้ของผู้ค้ำประกันหรือบัญชีบุคคลประจำปีของนิติบุคคล
☐ หนังสือรับรองการเป็นผู้อุปการะคนพิการ
☐ หนังสือยินยอมคู่สมรสของผู้กู้ยืมและของผู้ค้ำประกัน
☐ ประमाणการค่าใช้จ่ายในการประกอบอาชีพที่ขอกู้
☐ ความเห็นของแพทย์กรณีผู้ดูแลคนพิการแทนคนพิการที่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้
☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของผู้กู้ยืม

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ ผู้ขอกู้
 (.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับคำร้อง
 (.....)

ประมาณการค่าใช้จ่ายในการประกอบอาชีพ

ชื่อผู้กู้ ☐ เป็นคนพิการ.....

☐ ผู้ดูแลคนพิการ

ที่อยู่.....

เบอร์โทร.....

ประเภทความพิการ.....

ลักษณะความพิการ

ลำดับ	รายละเอียด (โปรดระบุอย่างละเอียด)	จำนวน /หน่วยนับ	ราคาต่อ หน่วย (บาท)	รวม (บาท)	(เฉพาะเจ้าหน้าที่)
					ความเห็นคณะกรรมการ กลั่นกรอง ฯ
๑					
๒					
๓					
๔					
๕					
๖					
๗					
๘					
๙					
๑๐					
๑๑					
๑๒					
๑๓					
๑๔					
๑๕					
ประสงค์ขอกู้ยืมเงินจำนวน			บาท	เห็นชอบ.....บาท	

ประเภทอาชีพที่ขอกู้

☐ เกษตรกรรม ระบุ.....

☐ ค้าขาย ระบุ.....

☐ งานบริการ ระบุ.....

☐ อื่นๆ ระบุ.....

กู้ครั้งที่.....

อาชีพปัจจุบัน.....

รายได้.....บาท/เดือน

การศึกษา.....

ข้อสังเกต/ข้อเสนอแนะ.....

.....

.....

.....

.....

.....

หนังสือยินยอมคู่สมรส ผู้กู้ (ถ้ามี)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ

.....จังหวัด.....ในฐานะที่เป็น สามี/ภรรยา โดยชอบด้วยกฎหมายข้าพเจ้ายินยอมให้

.....สามี/ภรรยา ของข้าพเจ้าทำสัญญากู้เงิน /สัญญาค้ำประกันกู้ยืมเงินจากกองทุน

ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อผู้รับรอง (คู่สมรส)

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ : แนบสำเนาเอกสารประจำตัวผู้รับรอง ๑ ชุด

หนังสือยินยอมคู่สมรส ผู้ค้าประกัน (ถ้ามี)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด..... ในฐานะที่เป็นสามี/ภรรยา โดยชอบด้วยกฎหมาย

ข้าพเจ้ายินยอมให้.....สามี/ภรรยาของข้าพเจ้าทำสัญญากู้เงิน /สัญญาค้ำประกันกู้ยืมเงิน

จากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อผู้รับรอง (คู่สมรส)

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ : แบบสำเนาเอกสารประจำตัวผู้รับรอง ๑ ชุด

หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลหรืออุปการะคนพิการ

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

บัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ เลขที่.....

ออกให้โดย..... วันหมดอายุ..... มีสถานภาพเป็น

- ☐ ผู้แทนองค์กรด้านคนพิการซึ่งมีฐานะเป็นนิติบุคคล
- ☐ กำนันผู้ใหญ่บ้าน
- ☐ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- ☐ ข้าราชการ ระดับ.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....

เป็นผู้ดูแลคนพิการชื่อ นาย/นาง/นางสาวจริง โดยผู้ดูแลคนพิการมีความ
 เกี่ยวพันเป็น.....กับผู้พิการ และผู้พิการ เป็นผู้มีสภาพความพิการร้ายแรง จนไม่สามารถประกอบ
 อาชีพด้วยตนเองได้ ทั้งนี้เพื่อให้ใช้หนังสือรับรองฉบับนี้เป็นหลักฐานประกอบการ พิจารณาให้กู้ยืมเงินจากกองทุนส่งเสริมและ
 พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อผู้รับรอง

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

***หมายเหตุ : ๑. การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและอาญา

๒. แบบสำเนาเอกสารประจำตำแหน่งผู้รับรอง ๑ ชุด

แผนที่บ้านผู้กู้

สถานที่ประกอบอาชีพ (ถ้ามี)

**กรณีไม่สามารถติดต่อได้ในวันลงเยี่ยมบ้าน

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ-สกุล เบอร์โทร

แผนที่บ้านผู้ค้ำประกัน

ผู้กู้ ชื่อ-สกุล เบอร์โทร