

เอกสารประกอบการกู้เงินเพื่อประกอบอาชีพสำหรับคนพิการ

กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (จังหวัดสุราษฎร์ธานี)

กรณีผู้ขอกู้ คือ คนพิการ	กรณีผู้ขอกู้ คือ ผู้ดูแลคนพิการ
เอกสารคนพิการ ☒ ๑. แบบคำขอกู้ยืมเงิน ๑ ชุด ☒ ๒. สำเนาบัตรหรือสมุดคนพิการ ๑ ชุด ☒ ๓. สำเนาบัตรประชาชน ๑ ชุด ☒ ๔. สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ชุด ☒ ๕. รูปถ่ายที่แสดงให้เห็นถึงความพิการ ๑ รูป ☒ ๖. รูปถ่ายประกอบอาชีพ ๑ รูป (ห้าม!! ถ่ายภาพในสตูดิโอ) กรณีอยู่บ้านเช่า/ที่อยู่ไม่ตรงตามทะเบียนบ้าน ☐ ๗. หนังสือรับรองที่อยู่อาศัยหรือสัญญาเช่าบ้าน ☒ ๘. หนังสือรับรองตรวจเครดิตบูโร ๑ ฉบับ *** กรณีใส่ปุ๋ยหรือทำสวนเกษตร ต้องแนบเอกสาร ที่ดินทำกินเพิ่มเติมด้วย - สำเนาสมุดเกษตรกร หรือสำเนาโฉนดที่ดิน	เอกสารคนพิการ ☒ ๑. แบบคำขอกู้ยืมเงิน ๑ ชุด ☒ ๒. สำเนาบัตรหรือสมุดคนพิการ ๑ ฉบับ ☒ ๓. สำเนาบัตรประชาชน (ของคนพิการ) ๑ ฉบับ ☒ ๔. สำเนาทะเบียนบ้าน (ของคนพิการ) ๑ ฉบับ ☒ ๕. กรณีเป็นสมุดคนพิการ หน้า ๒-๖ ☒ ๖. สำเนาบัตรประชาชน ๑ ฉบับ ☒ ๗. สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ ☒ ๘. รูปถ่ายที่แสดงให้เห็นถึงความพิการ ๑ รูป ☒ ๙. รูปถ่ายประกอบอาชีพ ๑ รูป (ห้าม!! ถ่ายภาพในสตูดิโอ) ☒ ๑๐. ใบรับรองแพทย์ โดยจะต้องให้แพทย์ ระบุข้อความว่า คนพิการไม่สามารถช่วยเหลือ ตัวเองได้ หรือไม่สามารถประกอบอาชีพได้
ผู้ค้ำประกัน ☒ ๑. สำเนาบัตรประจำตำแหน่ง (ถ้ามี) ๑ ชุด ☒ ๒. สำเนาบัตรประชาชน ๑ ฉบับ ☒ ๓. สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ ☒ ๔. ใบรับรองเงินเดือน ๑ ฉบับ (ฉบับจริง) ☒ ๕. รายการเดินบัญชีธนาคาร ๖ เดือนย้อนหลัง ฉบับจริงขอจากธนาคารเท่านั้น (กรณีผู้ค้ำประกอบ กิจการส่วนตัวเท่านั้น) คู่สมรสคนพิการ ☒ ๑. หนังสือยินยอมคู่สมรส ๑ ฉบับ ☒ ๒. สำเนาบัตรประชาชน ๑ ฉบับ ☒ ๓. สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ ☒ ๖. หนังสือรับรองตรวจเครดิตบูโร ๑ ฉบับ	เอกสารผู้ดูแลคนพิการ กรณีไม่มีชื่อเป็นผู้ดูแลอยู่หลัง บัตรประจำตัวคนพิการ ☒ ๑. สำเนาบัตรประชาชน ๑ ฉบับ ☒ ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ ☒ ๓. ใบรับรองผู้ดูแลการดูแล โดยผู้มีสิทธิ์จะรับรองได้ คือ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ข้าราชการระดับ ๓ ขึ้นไป โดย แนบ สำเนาบัตรประจำตำแหน่ง พร้อมสำเนาทะเบียน บ้านแนบมาอย่างละ ๑ ฉบับ ผู้ค้ำประกัน ☒ ๑. สำเนาบัตรประจำตำแหน่ง (ถ้ามี) ๑ ฉบับ ☒ ๒. สำเนาบัตรประชาชน ๑ ฉบับ ☒ ๓. สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ ☒ ๔. ใบรับรองเงินเดือน ๑ ฉบับ ☒ ๕. รายการเดินบัญชีธนาคาร ๖ เดือนย้อนหลัง ฉบับจริงขอจากธนาคารเท่านั้น (กรณีผู้ค้ำประกอบ กิจการส่วนตัวเท่านั้น) คู่สมรสคนพิการ ☒ ๑. หนังสือยินยอมคู่สมรส ๑ ฉบับ ☒ ๒. สำเนาบัตรประชาชน ๑ ฉบับ ☒ ๓. สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ

ติดต่อสอบถาม/รับแบบคำร้อง/ยื่นคำร้องได้ที่

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี

๓๙/๙ ม.๙ อำเภอเมืองฯ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๔๑๐๐

โทร.๐๗๗-๓๑๐๙๑๖

วันที่รับเอกสาร

๑. เอกสารทุกฉบับที่ถ่ายสำเนา ให้เจ้าของเอกสารลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องให้ครบทุกฉบับ

๒. สมุดประจำตัว หรือบัตรคนพิการ หากหมดอายุต้องต่ออายุก่อนจึงนำมาประกอบการกู้ยืมได้

****เพื่อประโยชน์ของท่านโปรดตรวจสอบความถูกต้อง เรียบร้อยก่อนการยื่นกู้ฯ**
หากเอกสารไม่ครบถ้วนเจ้าหน้าที่จะไม่รับไว้ เพราะอาจเกิดการสูญหายได้**

**คำร้องขอกู้ยืมเงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพชีวิตคนพิการ
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. ภาระหนี้สินที่มีของผู้ขอกู้

☐ 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

ข้าพเจ้าจะขอผ่อนชำระเงินกู้ เดือนละ..... บาท มีกำหนด.....เดือน นับตั้งแต่วันที่ได้ทำสัญญาเป็นต้นไป
ในการนี้ข้าพเจ้าได้แนบสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของธนาคาร.....ชื่อบัญชี.....

สาขา.....เลขที่บัญชี.....ของข้าพเจ้ามาพร้อมนี้ เพื่อสะดวกในการรับเงิน

ที่กู้ยืมจากกองทุนฯ และให้ถือว่าข้าพเจ้าได้รับเงินกู้ตามจำนวนที่เงินกองทุนโอนเข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้าตามที่ได้แนบมา

พร้อมนี้ และรับรองว่าเมื่อได้รับเงินที่อนุมัติให้กู้ยืมไปแล้วจะนำไปใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ที่ได้ยื่นคำร้องขอกู้ยืมและจะปฏิบัติ

ตามระเบียบการกู้ยืมเงินและสัญญากู้ยืมเงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการทุกประการโดยยินยอม

ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการดำเนินการตามระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการกู้เงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต

คนพิการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าได้ตามความจำเป็นทั้งนี้เพื่อประโยชน์ของกองทุนส่งเสริมและพัฒนา

คุณภาพชีวิตคนพิการ ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบคำร้องขอกู้ยืมมาพร้อมนี้เพื่อประกอบการพิจารณาคำร้อง

ขอกู้ยืมเงินของข้าพเจ้า

เอกสารประกอบคำร้องขอกู้ยืม

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและบัตรประจำตัวคนพิการ
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน และหลักฐานการมีภูมิลำเนาปัจจุบัน
- ☐ แผนที่เดินทางของที่อยู่อาศัยและแผนที่ประกอบอาชีพ และรูปถ่ายขนาด 4x6 นิ้วจำนวน 1 รูป
- ☐ สำเนาหนังสือสัญญาเช่าบ้านหรือเอกสารรับรองการมีถิ่นที่อยู่ถาวรในท้องที่ที่ยื่นคำขอกู้
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ค้ำประกัน หรือข้อบังคับของสมาคมที่มี
วัตถุประสงค์ให้ค้ำประกันได้และสำเนาบัตรผู้มีอำนาจลงนาม
- ☐ หนังสือรับรองเงินเดือนหรือเอกสารแสดงรายได้ของผู้ค้ำประกันหรือบัญชีงบดุลประจำปีของนิติบุคคล
- ☐ หนังสือรับรองการเป็นผู้อุปการะคนพิการ
- ☐ หนังสือยินยอมคู่สมรสของผู้กู้ยืมและของผู้ค้ำประกัน
- ☐ ประมาณการค่าใช้จ่ายในการประกอบอาชีพที่ขอกู้
- ☐ ความเห็นของแพทย์กรณีผู้ดูแลคนพิการกู่แทนคนพิการที่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของผู้กู้ยืม

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ ผู้ขอกู้
(.....)

ลงชื่อ ผู้ค้ำประกัน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับคำร้อง

(.....)

ประมาณการค่าใช้จ่ายในการประกอบอาชีพ

อาชีพ.....

☐ อาชีพใหม่ ☐ อาชีพปัจจุบัน ☐ อาชีพที่เคยทำมาก่อน

- | | | | | |
|----------|-------------|------------------|---------------|-----|
| 1. | จำนวน | ราคา/หน่วย | รวมราคา | บาท |
| 2. | จำนวน | ราคา/หน่วย | รวมราคา | บาท |
| 3. | จำนวน | ราคา/หน่วย | รวมราคา | บาท |
| 4. | จำนวน | ราคา/หน่วย | รวมราคา | บาท |
| 5. | จำนวน | ราคา/หน่วย | รวมราคา | บาท |
| 6. | จำนวน | ราคา/หน่วย | รวมราคา | บาท |
| 7. | จำนวน | ราคา/หน่วย | รวมราคา | บาท |
| 8. | จำนวน | ราคา/หน่วย | รวมราคา | บาท |
| 9. | จำนวน | ราคา/หน่วย | รวมราคา | บาท |
| 10. | จำนวน | ราคา/หน่วย | รวมราคา | บาท |
| 11. | จำนวน | ราคา/หน่วย | รวมราคา | บาท |
| 12. | จำนวน | ราคา/หน่วย | รวมราคา | บาท |
| 13. | จำนวน | ราคา/หน่วย | รวมราคา | บาท |
| 14. | จำนวน | ราคา/หน่วย | รวมราคา | บาท |
| 15. | จำนวน | ราคา/หน่วย | รวมราคา | บาท |
| 16. | จำนวน | ราคา/หน่วย | รวมราคา | บาท |
| 17. | จำนวน | ราคา/หน่วย | รวมราคา | บาท |
| 18. | จำนวน | ราคา/หน่วย | รวมราคา | บาท |
| 19. | จำนวน | ราคา/หน่วย | รวมราคา | บาท |
| 20. | จำนวน | ราคา/หน่วย | รวมราคา | บาท |

รวมเป็นเงิน บาท

(.....)

ลงชื่อ ผู้ขอกู้
(.....)

วาดแผนที่อยู่อาศัยของผู้กู้ยืม

บ้านเลขที่ หมู่ ซอย/ถนน.....
ตำบล อำเภอ จ.สุราษฎร์ธานี

วาดแผนที่สถานที่ประกอบอาชีพ

วาดแผนที่อยู่อาศัยของผู้ค้าประกัน

บ้านเลขที่ หมู่ ซอย/ถนน.....
ตำบล อำเภอ จ.สุราษฎร์ธานี

หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ชื่อผู้รับรอง).....อายุ.....ปี.....

เลขประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรประจำตัวพนักงาน เลขที่.....

ออกให้โดย..... ออกให้โดย..... วันหมดอายุ.....

มีสถานภาพเป็น

- ☐ ผู้แทนองค์กรด้านคนพิการซึ่งมีฐานะเป็นนิติบุคคล ☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ
☐ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ☐ สมาชิกสภาท้องถิ่น ☐ ประธานชุมชน
☐ ข้าราชการ ☐ พนักงานราชการ ☐ ลูกจ้างประจำ (ของหน่วยงานราชการ, รัฐวิสาหกิจ)

อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....

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

โทรศัพท์..... ซึ่งอาศัย หรือปฏิบัติหน้าที่อยู่ในพื้นที่เดียวกันกับคนพิการพักอาศัยอยู่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า (ชื่อผู้ดูแล)..... เป็นผู้ดูแลคนพิการ
 ชื่อ (ชื่อคนพิการ)..... เลขประจำตัวประชาชน-.... -

.... - - จริง โดยผู้ดูแลคนพิการ มีความเกี่ยวพันเป็น..... กับคนพิการ
 และเป็นผู้ดูแลคนพิการซึ่งปัจจุบันพักอาศัยอยู่บ้านหลังเดียวกันจริง หรือผู้พิการเป็นผู้มีสภาพความพิการร้ายแรงจนไม่สามารถประกอบอาชีพเองได้ ทั้งนี้ เพื่อให้ใช้หนังสือรับรองฉบับนี้เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา

- ☐ ออกบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ เปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ ☐ เพิ่มชื่อผู้ดูแลคนพิการ ☐ ขอกู้เงินเพื่อประกอบอาชีพดูแลผู้พิการ

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ : - บัตรประจำตัวกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น ประธานชุมชน

พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พร้อมรับรองสำเนาบัตรประจำตัวมาด้วย

- การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา

หนังสือยินยอมคู่สมรส (ผู้กู้)

ทำที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า อายุ.....ปีบัตร
ประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ เลขที่.....อยู่บ้านเลขที่
หมู่ที่ ซอย ถนน แขวง/ตำบล
.....เขต/อำเภอจังหวัด ในฐานะที่เป็นสามี/ภรรยา
โดยชอบด้วยกฎหมาย ข้าพเจ้ายินยอมให้ สามี/ภรรยา ของข้าพเจ้าเข้าทำ
สัญญากู้เงิน/สัญญาค้ำประกันกู้ยืมเงินจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับลงวันที่.....
เดือน.....พ.ศ.

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ผู้ให้คำยินยอม
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

หมายเหตุ : - แบบบัตรประจำตัวประชาชน/ทะเบียนสมรส

- แบบบัตรประจำตัวประชาชน/พยาน

หนังสือยินยอมคู่สมรส (ผู้ค้า)

ทำที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า อายุ.....ปีบัตร
ประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ เลขที่.....อยู่บ้านเลขที่
หมู่ที่ ซอย ถนน แขวง/ตำบล
.....เขต/อำเภอจังหวัด ในฐานะที่เป็น สามี/ภรรยา
โดยชอบด้วยกฎหมาย ข้าพเจ้ายินยอมให้ สามี/ภรรยา ของข้าพเจ้าเข้าทำ
สัญญากู้เงิน/สัญญาค้ำประกันกู้ยืมเงินจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับลงวันที่.....
เดือน.....พ.ศ.

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ผู้ให้คำยินยอม
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

หมายเหตุ : - แบบบัตรประจำตัวประชาชน/ทะเบียนสมรส

- แบบบัตรประจำตัวประชาชน/พยาน

หนังสือรับรองการอยู่อาศัย

ทำที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ชื่อผู้รับรอง) อายุ ปี

เลขประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรประจำตัวพนักงาน เลขที่

ตำแหน่ง..... ออกให้โดย

วันหมดอายุ..... มีสถานภาพเป็น

☐ ข้าราชการในพื้นที่ที่อยู่อาศัย ☐ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ประธานชุมชน ☐ เจ้าบ้าน

☐ อื่น ๆ

อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่ ซอย ถนน

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ จังหวัด.....

ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว (ชื่อผู้อาศัย).....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่ ซอย ถนน

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ จังหวัด.....

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....ปี..... ถึง ปัจจุบัน โดยพักอาศัยอยู่จริงตามที่อยู่ดังกล่าวไม่น้อยกว่า 90 วัน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ พร้อมทั้งแนบหลักฐานประกอบการพิจารณาการกู้ยืมเงิน

จากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ได้แก่ สำเนาบัตรข้าราชการ/ ประธานชุมชน สำเนาบัตรประชาชนและ

สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับรองการอยู่อาศัยในพื้นที่เดียวกับผู้ยื่นคำร้องขอกู้ยืมเงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพ

ชีวิตคนพิการ เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

แนบสำเนาบัตรประจำตัวผู้รับรอง

หมายเหตุ : การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและอาญา



โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์

76 ม.9 ถ.สุราษฎร์-นครศรี ต.พลาญวาส อ.กาญจนดิษฐ์ จ.สุราษฎร์ธานี

ใบรับรองแพทย์

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ย

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) หมู่/ ตำบล อ.กาญจนดิษฐ์ จ.สุราษฎร์ธานี

หมายเลขบัตรประชาชน ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

- | | | |
|-----------------------------------|---|--|
| 1. โรคประจำตัว | ☐ ไม่มี | ☐ มี(ระบุ) |
| 2. อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด | ☐ ไม่มี | ☒ มี(ระบุ) มี 63 ปี อุบัติเหตุถูกแทงที่ขาขวา |
| 3. เคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล | ☐ ไม่มี | ☐ มี(ระบุ) |
| 4. โรคลมชัก* | ☒ ไม่มี | ☐ มี(ระบุ) |
| 5. ประวัติอื่นที่สำคัญ | ☐ ไม่มี | ☐ มี(ระบุ) |

* ในกรณีมีโรคลมชัก ให้แนบประวัติการรักษาจากแพทย์ผู้รักษาท่านปลอดจากการชักมากกว่า 1 ปี เพื่อแนบมาให้แพทย์

ลงชื่อ วันที่ 14 มิถุนายน 2565

(นาย ย)

ในกรณีที่ไม่สามารถรับรองแพทย์ให้ผู้ป่วยครองนามรับรองแทนได้

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ วันที่ 14 มิถุนายน 2565

(1) ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง น.ส. ชื่นนภา น.ส.ศรี

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ 259743 สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์

ที่อยู่ 76 ม.9 ถ.สุราษฎร์-นครศรี ต.พลาญวาส อ.กาญจนดิษฐ์ จ.สุราษฎร์ธานี 84160

ได้ตรวจร่างกาย นายชานาน แก้วฉาย

แล้วเมื่อวันที่ 14 มิถุนายน 2565 มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว ก. ความสูง 160 เซนติเมตร-ความดันโลหิต / มม.ปรอท-ชีพจร มม.ครึ่ง/นาที

สามารถยกย่นอยู่ในเกณฑ์ ☐ ปกติ ☒ ผิดปกติ(ระบุ) บ. 133 ไพร่รวม (มีประวัติเป็นเบาหวาน)

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของ

โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือ ปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏ อาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง

และไม่ปรากฏอาการและการแสดงของโรคต่อไปนี้

- (1) โรคเรื้อรังในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (2) วัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (4) อื่น ๆ (ถ้าจำเป็นต้องตรวจโรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจให้ระบุในข้อนี้)

(2) สรุปความเห็นและคำแนะนำของแพทย์ ผู้ส่ง 6 พันบุคคว ห้า ไม่สามารถทำงานหรืออะไรก็ได้

ไม่รวมการประกอบชีวิตประจำได้ ถึง 5 น.ร. จึงพร 60 น.น.น. เป็นผู้ดูแล

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือนนับแต่วันที่ได้รับ

(3) คำรับรองนี้เป็นการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น

แบบฟอร์มนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 2/2564 วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2564

ใช้เฉพาะผู้ดูแลแทน ผู้พิการประเภท 1, 2, 3 เท่านั้น

1.การมองเห็น 2.การได้ยิน 3.การเคลื่อนไหวร่างกาย (ติดเตียง)