

ข้อมูลการกู้ยืมเงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เพื่อการประกอบอาชีพ

1. คนพิการกู้
2. ผู้ดูแลคนพิการกู้ ความเกี่ยวข้องกับคนพิการ เป็น

	ชื่อ-สกุล/รายละเอียด	เบอร์โทรศัพท์
ชื่อ ผู้กู้ยืมเงิน		
ที่อยู่	เลขที่ หมู่ที่ บ้านตำบล	
	อำเภอจังหวัด ลพบุรี รหัสไปรษณีย์	
ชื่อคนพิการ		
พิการประเภท		
รายละเอียดความพิการ		
กู้เพื่อประกอบอาชีพ		
กู้ครั้งที่		
จำนวนเงินที่กู้ บาท	
ชื่อบุคคลสนิท/ข้างเคียง		
ชื่อผู้ค้ำประกัน		ความเกี่ยวข้องกับผู้กู้
ที่ทำงานผู้ค้ำประกัน	ชื่อที่ทำงาน	
	เลขที่ หมู่ที่ ตำบล	
	อำเภอจังหวัด.....เบอร์โทรที่ทำงาน.....	
อายุการทำงานปี	ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ เพื่อประโยชน์ของท่าน กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ชัดเจน

ผู้กู้ยืมเงิน ชื่อ-สกุล

ประมาณการค่าใช้จ่ายในการประกอบ อาชีพ

ที่	รายการค่าใช้จ่ายในการลงทุน	จำนวน	เป็นเงิน(บาท)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
		รวมเป็นเงิน	
		ประสงค์ขอกู้เงิน จำนวน	

แผนที่บ้านที่อยู่อาศัย / แผนที่สถานที่ประกอบอาชีพ (ถ้ามี)

ผู้กู้ยืมเงิน ชื่อ-นามสกุล.....บ้านเลขที่ หมู่ที่.....

ชื่อหมู่บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัดลพบุรี โทรศัพท์.....

เบอร์โทรศัพท์ ช่างเคียง

ทิศเหนือ



ระบุข้อมูลให้ครบถ้วน

หนังสือยินยอมคู่สมรส (ผู้กู้)

ทำที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า ✓ อายุ ปี
บัตรประจำตัวประชาชน / บัตรประจำตัวข้าราชการ เลขที่
อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน แขวง/ตำบล
เขต/อำเภอ จังหวัด ในฐานะที่เป็น **สามี/ภรรยา** โดยชอบด้วยกฎหมาย
ข้าพเจ้ายินยอมให้ สามี/ภรรยา ของข้าพเจ้าเข้าทำสัญญากู้เงินยืมเงินจากกองทุน
ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับลงวันที่ เดือน พ.ศ.

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ✓ ผู้ให้คำยินยอม
(.....)

ลงชื่อ ✓ พยาน
(.....)

ลงชื่อ ✓ พยาน
(.....)

หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ หรืออุปการะคนพิการ

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....(ผู้รับรอง) อายุ.....ปี
 บัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ เลขที่.....
 ออกให้โดย.....วันหมดอายุ..... มีสถานภาพเป็น

- ผู้แทนองค์กรด้านคนพิการ ซึ่งมีฐานะเป็นนิติบุคคล
 กำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน
 ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 ข้าราชการ ระดับ.....

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน แขวง/ตำบล

เขต/อำเภอ จังหวัด เบอร์โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว เป็นผู้ดูแลคนพิการ
 นาย/นาง/นางสาว(คนพิการ) จริง โดยผู้ดูแลคนพิการมีความเกี่ยวพัน
 เป็น.....กับคนพิการ และคนพิการเป็นผู้ที่มีสภาพความพิการร้ายแรง จนไม่สามารถประกอบอาชีพด้วย
 ตนเองได้ ทั้งนี้เพื่อให้ใช้หนังสือรับรองฉบับนี้เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณาให้กู้ยืมเงินจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนา
 คุณภาพชีวิตคนพิการ

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ผู้รับรอง
 (.....)

ลงชื่อ พยาน
 (.....)

ลงชื่อ พยาน
 (.....)

หมายเหตุ : กรณีสืบค้นสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ ผู้รับรอง จำนวน 1 ฉบับ
 การรับรองเอกสารอื่นเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา

เขียนที่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดลพบุรี

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรื่อง ขอรับเป็นผู้ค้ำประกัน เงินกู้ยืมเงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดลพบุรี

ข้าพเจ้า ✓(ผู้ค้ำประกัน) อายุ ปี สัญชาติไทย ศาสนา.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่..... ออกให้โดย อำเภอ..... จังหวัด.....

วันออกบัตร..... บัตรหมดอายุ.....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนนหรือซอย..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

รับราชการ หรือ ทำงานที่.....

ที่อยู่ทำงาน เลขที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

กรม กระทรวง..... เบอร์โทรศัพท์ทำงาน.....

ตำแหน่ง.....อายุการทำงาน.....ปี อัตราเงินเดือน บาท

มีหลักฐานบ้านเรือนเป็นของตนเอง.....หลัง หรือ มีหลักทรัพย์อื่น ๆ

ประมาณราคาเป็นเงิน..... บาท ในขณะที่บ้านเรือนหรือหลักทรัพย์ดังกล่าวไม่ได้นำไปจำนำ จำนอง

หรือค้ำประกันเงินกู้บุคคลอื่น

ข้าพเจ้ายินดีเป็นผู้ค้ำประกัน ✓ (ชื่อผู้กู้) ซึ่งขอกู้เงินกองทุน

ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และขอรับผิดชอบแทนผู้กู้ที่ได้กู้เงินไปจากผู้ให้กู้ หากผู้กู้ไม่ชำระหนี้ ตามกำหนด

ในสัญญาเงินกู้ หรือไม่ปฏิบัติตามสัญญาด้วยประการใดก็ดี ข้าพเจ้าขอรับเป็นผู้ใช้นี้แทนและยินยอมชดใช้ค่าเสียหายที่

เกิดขึ้นตามสัญญาระหว่างผู้กู้กับผู้ให้กู้ทุกประการ พร้อมทั้งยินยอมให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่การเงินในสถานที่ซึ่ง

ข้าพเจ้ารับราชการหรือทำงานอยู่หักเงินเดือนหรือเงินรายได้ต่าง ๆ ของข้าพเจ้าเพื่อชดใช้หนี้คืนตามสัญญาจนครบจำนวน

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ ✓ (ผู้ค้ำประกัน)

(.....)

หนังสือยินยอมคู่สมรส (ผู้ค้าประกัน)

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า ✓ อายุ.....ปี

บัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ เลขที่.....

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน ซอย ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด

ในฐานะที่เป็น สามี/ภรรยา โดยชอบด้วยกฎหมาย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ (สามี/ภรรยา) ของข้าพเจ้า เข้าทำสัญญา

ค้าประกันเงินกู้ยืมจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ✓ ผู้ให้คำยินยอม(คู่สมรสผู้ค้าประกัน)

(.....)

ลงชื่อ ✓ พยาน

(.....)

ลงชื่อ ✓ พยาน

(.....)