คำร้องขอกู้ยืมเงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
ประเภท การกู้ยืมของคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการเป็นรายบุคคล

เขียนที่.....

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. .....

เรื่อง ขอกู้ยืมเงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

เรียน ประธานคณะอนุกรรมการบริหารกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ด้วยข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว..... อายุ .....ปี 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 ❍ ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ 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

ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้.....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

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. ภาระค่าใช้จ่ายต่อเดือนของครอบครัวทั้งหมดจำนวน .....บาท

ผู้กู้มีหน้าที่รับภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัวจำนวน.....บาท/เดือน

❍ ทั้งหมด ❍ รับภาระไม่เกินร้อยละ 30 ❍ รับภาระไม่เกินร้อยละ 50

❍ รับภาระไม่เกินร้อยละ 75

3. ทักษะอาชีพที่ขอกู้

❍ มีทักษะหรือมีหนังสือรับรองการฝึกอาชีพ ❍ ไม่มีทักษะ

4.ประวัติการกู้ยืมเงินกองทุนฯ ❍ เคยกู้ยืมเงินจากกองทุนฯ ❍ ไม่เคยกู้ยืมเงินจากกองทุนฯ

❍ เคยค้างชำระตั้งแต่ 3 -11 งวด

❍ เคยค้างชำระเกิน 12 งวด แต่แก้ไขมาแล้ว

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 น้อยกว่า 25,000 บาท

❍ มีหลักฐานรายได้ผู้ค้ำ ตั้งแต่ 15,000 บาท ขึ้นไป

❍ มีหลักฐานรายได้ผู้ค้ำ ตั้งแต่ 10,000 บาท ขึ้นไป

❍ มีหลักฐานรายได้ผู้ค้ำ น้อยกว่า 10,000 บาท

9. การมีที่อยู่อาศัยของผู้ค้ำประกัน

❍ เป็นเจ้าของบ้านในจังหวัดที่ยื่นกู้ ❍ เช่าผู้อื่นหรืออาศัยผู้อื่นอยู่ ❍ มีภูมิลำเนาอยู่นอกจังหวัดที่ยื่นกู้

10. ภาระหนี้สินของผู้ค้ำประกัน

❍ ไม่มี ❍ มีภาระหนี้สิน

11. ประวัติการค้ำประกันให้ผู้กู้ยืมเงินจากกองทุน

❍ เคยค้ำประกันและอยู่ระหว่างชำระ ❍ เคยค้ำประกันแต่ชำระหมดแล้ว ❍ ไม่เคย

ข้าพเจ้าประสงค์จะขอกู้ยืมเงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เป็นจำนวนเงิน .....บาท (.....) เพื่อนำไปประกอบอาชีพ

❍ ค้าขาย..... ❍ เกษตรกรรม..... ❍ งานช่างและบริการ.....

❍ อื่นๆ .....

ข้าพเจ้าจะขอผ่อนชำระเงินกู้ เดือนละ..... บาท มีกำหนด.....เดือน นับตั้งแต่วันที่ได้ทำสัญญาเป็นต้นไป ในการนี้ข้าพเจ้าได้แนบสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของธนาคาร.....ชื่อบัญชี.....สาขา.....เลขที่บัญชี.....ของข้าพเจ้ามาพร้อมนี้ เพื่อสะดวกในการรับเงินที่กู้ยืมจากกองทุนฯ และให้ถือว่าข้าพเจ้าได้รับเงินกู้ตามจำนวนที่เงินกองทุนโอนเข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้าตามที่ได้แนบมาพร้อมนี้ และรับรองว่าเมื่อได้รับเงินที่อนุมัติให้กู้ยืมไปแล้วจะนำไปใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ที่ได้ยื่นคำร้องขอกู้ยืมและจะปฏิบัติตามระเบียบการกู้ยืมเงินและสัญญากู้ยืมเงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการทุกประการโดยยินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการดำเนินการตามระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการกู้เงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าได้ตามความจำเป็นทั้งนี้เพื่อประโยชน์ของกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบคำร้องขอกู้ยืมมาพร้อมนี้เพื่อประกอบการพิจารณาคำร้องขอกู้ยืมเงินของข้าพเจ้า

เอกสารประกอบคำร้องขอกู้ยืม

❍ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและบัตรประจำตัวคนพิการ

❍ สำเนาทะเบียนบ้าน และหลักฐานการมีถิ่นที่อยู่ถาวร

❍ แผนที่เดินทางของที่อยู่อาศัยและแผนที่ประกอบอาชีพ และรูปถ่ายขนาด 4x6 นิ้วจำนวน 1 รูป

❍ สำเนาหนังสือสัญญาเช่าบ้านหรือเอกสารรับรองการมีถิ่นที่อยู่ถาวรในท้องที่ที่ยื่นคำขอกู้

❍ สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ค้ำประกัน หรือข้อบังคับของสมาคมที่มีวัตถุประสงค์ให้ค้ำประกันได้และสำเนาบัตรผู้มีอำนาจลงนาม

❍ หนังสือรับรองเงินเดือนหรือเอกสารแสดงรายได้ของผู้ค้ำประกันหรือบัญชีงบดุลประจำปีของนิติบุคคลปีสุดท้ายก่อนที่ทำสัญญาค้ำประกัน

❍ หนังสือรับรองการเป็นผู้อุปการะคนพิการ

❍ หนังสือยินยอมคู่สมรสของผู้กู้ยืมและของผู้ค้ำประกัน

❍ ประมาณการค่าใช้จ่ายในการประกอบอาชีพที่ขอกู้

❍ ความเห็นของแพทย์กรณีผู้ดูแลคนพิการกู้แทนคนพิการที่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้

❍ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของผู้กู้ยืม

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ ..... ผู้ขอกู้

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับคำร้อง

(.....)

แผนที่บ้านของ .....

ที่อยู่บ้านเลขที่ .....หมู่..... ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดลพบุรี

เบอร์โทรศัพท์.....

ประมาณการค่าใช้จ่ายในการประกอบอาชีพ ....

ที่	รายการ	จำนวน	ราคา(บาท)	รวม(บาท)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
			รวมเป็นเงิน	
			ประสงค์ขอกู้เงิน จำนวน	

หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลหรืออุปการะคนพิการ

ทำที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า 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 โดยผู้ดูแลคนพิการมีความเกี่ยวพันเป็น.....กับคนพิการ และคนพิการเป็นผู้ที่มีสภาพความพิการร้ายแรงจนไม่สามารถประกอบอาชีพด้วยตนเองได้ ทั้งนี้เพื่อให้ใช้หนังสือรับรองฉบับนี้เป็นหลักฐาน**ประกอบการพิจารณาให้กู้ยืมเงินจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ**

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ..... **ผู้รับรอง**

(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน

(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน

(.....)

หมายเหตุ : กรุณาแนบ**สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ** ผู้รับรอง จำนวน 1 ฉบับ

การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา

หนังสือยินยอมคู่สมรส (ผู้กู้)

ทำที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า ..... อายุ.....ปีบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ เลขที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน ..... แขวง/ตำบล .....เขต/อำเภอ.....จังหวัด ..... ในฐานะที่เป็น สามี/ภรรยา โดยชอบด้วยกฎหมาย ข้าพเจ้ายินยอมให้ ..... สามี/ภรรยา ของข้าพเจ้าเข้าทำสัญญากู้เงินยืมเงินจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ..... ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน

(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน

(.....)

แนบ สำเนาบัตรประชาชนคู่สมรส 1 แผ่น

เขียนที่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดลพบุรี

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .....

เรื่อง ขอรับเป็นผู้ค้ำประกัน

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดลพบุรี

ข้าพเจ้า..... อายุ ..... ปี สัญชาติไทย ศาสนา.....
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่..... ออกให้โดย อำเภอ..... จังหวัด.....
วันออกบัตร..... บัตรหมดอายุ.....
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนนหรือซอย..... ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัดลพบุรี เบอร์โทรศัพท์.....
รับราชการ หรือ **ทำงานที่**.....
.....
กรม ..... กระทรวง.....
ตั้งอยู่ที่.....
เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน..... ตำแหน่ง.....
อัตราเงินเดือน..... บาท มีหลักฐานบ้านเรือนเป็นของตนเอง.....
หรือ มีหลักทรัพย์อื่นๆ .....
ประมาณราคาเป็นเงิน..... บาท ในขณะนี้บ้านเรือนหรือหลักทรัพย์ดังกล่าวไม่ได้นำไปจำนำจำนอง หรือค้ำประกันเงินกู้บุคคลอื่น ข้าพเจ้ายินดีเป็นผู้ค้ำประกัน ..... **(ชื่อผู้กู้)** ซึ่งขอกู้เงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และขอรับผิดชอบแทนผู้กู้ที่ได้กู้เงินไปจากผู้ให้กู้ หากผู้กู้ไม่ชำระหนี้ ตามกำหนดในสัญญาเงินกู้ หรือไม่ปฏิบัติตามสัญญาด้วยประการใดก็ดี ข้าพเจ้าขอรับเป็นผู้ใช้หนี้แทนและยินยอมชดใช้ค่าเสียหายที่เกิดขึ้นตามสัญญาระหว่างผู้กู้กับผู้ให้กู้ทุกประการ พร้อมทั้งยินยอมให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่การเงินในสถานที่ซึ่งข้าพเจ้ารับราชการหรือทำงานอยู่หักเงินเดือนหรือเงินรายได้ต่าง ๆ ของข้าพเจ้าเพื่อชดใช้หนี้คืนตามสัญญาจนครบจำนวน

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ..... **(ผู้ค้ำประกัน)**

(.....)

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน

หนังสือยินยอมคู่สมรส (ผู้ค้ำประกัน)

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** ของข้าพเจ้า เข้าทำสัญญาค้ำประกันกู้ยืมเงินจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ..... ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน

(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน

(.....)

แนบ สำเนาบัตรประชาชนคู่สมรส 1 แผ่น

การยื่นคำร้องเงินกู้คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ
ผ่านระบบออนไลน์

https://efund.dep.go.th

คิวอาโค้ด ยื่นเงินกู้คนพิการ

กรุณากรอกข้อมูลในระบบให้ครบถ้วน

ติดต่อสอบถามได้ที่ ศูนย์บริการคนพิการสาขาบ้านโมกุลฯ
ต.ห้วยหิน อ.ชัยบาดาล จ.ลพบุรี โทร.036-689240