



ลำดับที่.....

ใบคำขอเข้าร่วม “โครงการคลินิกเพื่อช่วยเหลือสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูตราด จำกัด”

ข้อมูลสมาชิกเข้าร่วมโครงการคลินิก (โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

1. ข้อมูลส่วนตัว

ชื่อ.....นามสกุล.....เลขทะเบียน.....
อายุ.....ปี สังกัดหน่วยงาน.....อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....

2. ข้อมูลคู่สมรส

ชื่อ.....นามสกุล.....
 มีรายได้.....บาท/เดือน ไม่มีรายได้
จำนวนบุตรทั้งหมด.....คน กำลังศึกษาอยู่.....คน ทำงานแล้ว.....คน
จำนวนผู้ที่อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู (ไม่รวมบุตร).....คน

3. ข้อมูลด้านการเงิน

3.1 รายได้

- เงินได้รายได้ของสมาชิก.....บาท/เดือน
 รายได้อื่น ๆบาท/เดือน
รวมเงินรายได้รายเดือน.....บาท/เดือน

3.2 ค่าใช้จ่ายประจำเดือน

- ผ่อนชำระที่อยู่อาศัย.....บาท/เดือน
 ผ่อนชำระรถยนต์/จักรยานยนต์.....บาท/เดือน
 ค่าใช้จ่ายอื่นๆ/ค่าสาธารณูปโภค.....บาท/เดือน
 ชำระหนี้ธนาคาร/สถาบันการเงินอื่นๆ.....บาท/เดือน
 ชำระหนี้สหกรณ์.....บาท/เดือน
 ชำระหนี้แทนผู้กู้ในฐานะผู้ค้ำประกัน.....บาท/เดือน
 อื่นๆ (ถ้ามี)บาท/เดือน

รวมค่าใช้จ่าย.....บาท/เดือน

3.3 หนี้บัตรเครดิต จำนวน.....บัตร (ระบุชื่อธนาคาร/สถาบันการเงิน, จำนวนเงินกู้, จำนวนเงินชำระ/งวด และต้องแนบใบแจ้งยอดรายการบัตรเครดิตทุกใบด้วย)

- 1)จำนวนเงิน.....บาท ชำระงวดละ.....บาท
2)จำนวนเงิน.....บาท ชำระงวดละ.....บาท
3)จำนวนเงิน.....บาท ชำระงวดละ.....บาท
4)จำนวนเงิน.....บาท ชำระงวดละ.....บาท

4. ข้อมูลด้านสหกรณ์

เป็นสมาชิกสหกรณ์ตั้งแต่วันที่ พ.ศ. รวม.....ปี

ส่งเงินค่าหุ้นรายเดือน จำนวน.....บาท/เดือน

มีเงินฝากรายเดือนดังนี้

- เงินฝากออมทรัพย์รายเดือน (SA) จำนวน.....บาท/เดือน
 เงินฝากออมทรัพย์รายเดือน (SX) จำนวน.....บาท/เดือน

มีหนี้เงินกู้ดังนี้

- เงินกู้สามัญ จำนวน.....บาท/เดือน
- เงินกู้สามัญสวัสดิการ จำนวน.....บาท/เดือน
- เงินกู้สวัสดิการวิทยฐานะ จำนวน.....บาท/เดือน
- เงินกู้พิเศษ จำนวน.....บาท/เดือน
- เงินกู้ฉุกเฉิน จำนวน.....บาท/เดือน
- เงินกู้โครงการ..... จำนวน.....บาท/เดือน

ระยะเวลาที่ขอกู้

- กู้ทุก 4 เดือน
- กู้ทุก 6 เดือน
- กู้ทุก 12 เดือน
- กู้เกินกว่า 12 เดือน

การค้ำประกันเงินกู้สมาชิกอื่น (ระบุชื่อสมาชิก)

- 1..... 2.....
- 3..... 4.....
- 5..... 6.....
- 7..... 8.....

5. หนี้สถาบันการเงินอื่นๆ บาท

6. เหตุผลที่ต้องเข้าคลินิก

- 6.1 รายได้คงเหลือไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ
- 6.2 กู้ต่อเนื่อง (กู้ทุก 4 เดือน)
- 6.3 ต้องรับชำระหนี้แทนสมาชิกผู้กู้ในฐานะผู้ค้ำประกัน
- 6.4 อื่นๆ

7. จากข้อ 6 ท่านมีความประสงค์ให้สหกรณ์ช่วยเหลือในเรื่องใด อย่างไร (อธิบาย)

.....
.....

8. เอกสารประกอบการพิจารณา

- 8.1 สลิปเงินเดือนย้อนหลัง 3 เดือน
- 8.2 หลักฐานการเป็นหนี้ของสถาบันการเงินอื่น
- 8.3 อื่นๆ.....

9. ข้าพเจ้ายินดีที่จะปฏิบัติตามเงื่อนไขและหลักเกณฑ์ของโครงการคลินิกเพื่อช่วยเหลือสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครู
ตราด จำกัด ทุกประการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้ไว้ข้างต้นถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอเข้าร่วมโครงการ
(.....)

ความเห็นของผู้จัดการ

.....
(ลงชื่อ).....
(.....)

ความเห็นของคณะกรรมการเงินกู้

.....
(ลงชื่อ).....
(.....)