



ประกาศสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำกัด
เรื่อง พักชำระหนี้เงินต้นเพื่อช่วยเหลือสมาชิกที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของ
ของไวรัสโคโรนา 2019 (โดยสมัครใจ)

.....

สืบเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งส่งผลกระทบในวงกว้างต่อธุรกิจ รวมถึงสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำกัด ที่ได้รับความเดือดร้อนในเรื่องของภาวะค่าครองชีพที่สูงขึ้น นั้น เพื่อเป็นการบรรเทาความเดือดร้อนของสมาชิกสหกรณ์ ที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่ 47 ครั้งที่ 7/2564 เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2564 ได้มีมติเห็นชอบให้กำหนดแนวทางในการช่วยเหลือสมาชิกสหกรณ์ฯ โดยให้มีโครงการพักชำระหนี้เงินต้นเพื่อช่วยเหลือสมาชิกที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (โดยสมัครใจ) ขึ้น ซึ่งสมาชิกผู้เข้าร่วมโครงการจะสามารถพักชำระหนี้เงินต้น เงินกู้ ประเภทเงินกู้สามัญเพื่อใช้จ่ายทั่วไป เงินกู้สามัญเพื่อการครองชีพ และเงินกู้เพื่อประกอบอาชีพและการลงทุน โดยส่งชำระเฉพาะดอกเบี้ยเงินกู้ กำหนดเป็นระยะเวลา 3 เดือน คือตั้งแต่เดือน มิถุนายน กรกฎาคม และเดือนสิงหาคม 2564 สมาชิกผู้ที่มีความประสงค์จะเข้าร่วมโครงการให้ดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ส่งเอกสารโดยกรอกแบบฟอร์มเข้าร่วมโครงการ นำส่งด้วยตนเองหรือฝากส่งที่ สนง.สหกรณ์ฯ
2. กรอกข้อมูลผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ ที่ WWW.COOPUBON.COM (เมนูระบบตรวจสอบข้อมูล) หรือ SCAN QR CODE ตามแบบที่สหกรณ์กำหนด (ท้ายประกาศ)
3. ตรวจสอบผลการอนุมัติผ่านช่องทางต่าง ๆ (WEBSITE WWW.COOPUBON.COM / LINE@ COOPUBON / SMS / FACEBOOK / สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำกัด

เงื่อนไข

1. การชำระคืนเงินกู้ของสมาชิกที่ได้รับการพักชำระหนี้ ต้นเงินและงวดการชำระหนี้ให้เป็นไปตามที่ระบุในสัญญาเงินกู้แต่ละประเภท โดยงวดสุดท้ายจะต้องชำระเต็มจำนวนของมูลค่าหนี้คงเหลือทั้งหมด
2. ในระหว่างที่พักชำระหนี้เงินต้น สหกรณ์ฯ จะไม่อนุมัติให้สมาชิกกู้ยืมเงินจากสหกรณ์ทุกประเภท และไม่ยินยอมให้นำสลิปเงินเดือนที่คงเหลือไปกู้เงินจากสถาบันการเงินอื่นๆ รวมถึงเงินกู้บำนาญจกทอดโดยเด็ดขาด
3. สมาชิกที่ได้รับการปรับโครงสร้างหนี้แล้วไม่สามารถเข้าโครงการนี้ได้

ในกรณีที่สมาชิกผู้กู้เงินสหกรณ์มีความประสงค์ที่จะให้สหกรณ์ฯ พักชำระหนี้เงินต้นเงินกู้สามัญ
ให้ดำเนินการตามรายละเอียดข้างต้น ภายในวันที่ 6 – 21 พฤษภาคม 2564

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 5 พฤษภาคม 2564



(นายแพทย์พิทักษ์พงษ์ จันทร์แดง)

ประธานคณะกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำกัด





สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำกัด

เลขที่ 228 ถ.อุบล-ตระการ ต.โนนเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000

โทร. 045 251945 - 6 โทรสาร. 045 251945 ต่อ 11 www.coopubon.com

ที่ สอ.ว. 13 / 2564

5 พฤษภาคม 2564

เรื่อง แจ้งประกาศพักชำระหนี้เงินต้นเพื่อช่วยเหลือสมาชิกที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาด

ของไวรัสโคโรนา 2019 (โดยสมัครใจ)

เรียน ผอ.รพ., สสอ., ผอ.ศูนย์วิชาการฯ, หัวหน้ากลุ่มงาน และหัวหน้างาน ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ประกาศพักชำระหนี้เงินต้นเพื่อช่วยเหลือสมาชิกที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาด

ของไวรัสโคโรนา 2019 (โดยสมัครใจ) จำนวน 1 ชุด

2. แบบคำขอพักชำระหนี้เงินต้นเพื่อช่วยเหลือสมาชิกที่ได้รับผลกระทบ

จากการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (โดยสมัครใจ) จำนวน 1 ชุด

ด้วยที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่ 47 ครั้งที่ 7/2564 เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2564 ได้มีมติเห็นชอบให้สหกรณ์ จัดทำประกาศเพื่อให้สอดคล้องกับสถานะด้านเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน และเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของสมาชิกที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายละเอียดตามประกาศที่ส่งมาพร้อมหนังสือนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอความอนุเคราะห์ท่านแจ้งให้สมาชิกในหน่วยงานของท่านทราบโดยทั่วกันด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์พิทักษ์พงษ์ จันทร์แดง)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำกัด

ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

โทรศัพท์ 045 251945 - 6

โทรสาร 045 251945 ต่อ 11 www.coopubon.com



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำกัด

เลขที่ 228 ถ.อุบล-ตระการ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000

โทร. 045 251945 - 6 โทรสาร. 045 251945 ต่อ11 www.coopubon.com

แบบคำขอพักชำระหนี้เงินต้นเพื่อช่วยเหลือสมาชิกที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของ
ของไวรัสโคโรนา 2019 (โดยสมัครใจ)

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำกัด

ข้าพเจ้า (ชื่อ สกุล).....สมาชิกเลขที่.....

อายุ.....ปี ตำแหน่ง.....สังกัด.....โทรศัพท์.....

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เนื่องจาก ข้าพเจ้าเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

จึงขอทำหนังสือพักชำระหนี้เงินต้นเพื่อการชำระหนี้ เงินกู้สามัญฯ ใ้ไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัด
อุบลราชธานี จำกัด เพื่อเป็นหลักฐาน ดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้าได้กู้เงินสามัญจากสหกรณ์ (เจ้าหน้าที่สหกรณ์กรอกข้อมูล)

1.1 สัญญาเงินกู้สามัญเลขที่.....ลงวันที่.....จำนวนเงิน.....บาท

สัญญาเงินกู้สามัญเลขที่.....ลงวันที่.....จำนวนเงิน.....บาท

สัญญาเงินกู้สามัญเลขที่.....ลงวันที่.....จำนวนเงิน.....บาท

1.2 สัญญาเงินกู้เพื่อการครองชีพเลขที่.....ลงวันที่.....จำนวนเงิน.....บาท

1.3 สัญญาเงินกู้เพื่อการประกอบอาชีพและการลงทุนเลขที่ลงวันที่.....

จำนวนเงิน.....บาท

ข้อ 2. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ ขอพักชำระหนี้เงินต้นเพื่อการชำระหนี้ เงินกู้สัญญาตามข้อ 1. เป็นระยะเวลา 3 เดือน
(ตั้งแต่เดือน มิ.ย.64 – ส.ค.64)

ข้อ 3. ข้าพเจ้ายินยอมให้ถือแบบคำขอพักชำระหนี้เงินต้นเพื่อการชำระหนี้ฯ ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของหนังสือสัญญา
เงินกู้ ตามข้อ 1.

ข้อ 4. ข้าพเจ้ายอมรับเงื่อนไขตามประกาศโครงการพักชำระหนี้เงินต้นฯ ดังนี้

4.1 เป็นสัญญาเงินกู้ที่ข้าพเจ้าได้ทำสัญญาไว้กับสหกรณ์ฯ ก่อนประกาศนี้ มีผลบังคับใช้

4.2 เป็นสัญญาเงินกู้ที่ไม่เคยผิดนัดการชำระหนี้เงินต้นและดอกเบี้ยรายเดือน

4.3 เป็นสัญญาเงินกู้ที่ชำระหนี้ โดยวิธีหักจากเงินได้รายเดือนของสมาชิก ยกเว้นสัญญาในข้อ 1.3

4.4 ในระหว่างพักชำระหนี้เงินต้น สหกรณ์ฯ จะไม่อนุมัติให้สมาชิกกู้ยืมเงินจากสหกรณ์ฯทุกประเภท
และไม่ยินยอมให้นำสลิปเงินเดือนที่มีเงินคงเหลือ ไปกู้เงินจากสถาบันการเงินอื่น รวมถึงกู้บ้านหนึ่ง
ตกทอดโดยเด็ดขาด

- 4.5 ข้าพเจ้ายินยอมชำระเฉพาะดอกเบี้ย เป็นเวลา 3 เดือน (มิ.ย.64 ก.ค.64 และ ส.ค.64) และคิดดอกเบี้ยตามเงินกู้คงเหลือ ซึ่งเป็นไปตามระเบียบฯ เมื่อพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้วในเดือนถัดไป คือ เดือน ก.ย.64 จะชำระหนี้ เงินต้น และดอกเบี้ยตามเงินกู้คงเหลือ ต่อไป
- 4.6 หากข้าพเจ้า ต้องเลื่อนงวดชำระออกไปจากเดิมเกินจากวันที่เกษียณอายุราชการไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมให้นำเงินผลประโยชน์อื่นใด ที่พึงจะได้รับจากสหกรณ์ฯ นำมาหักชำระหนี้ ต่อไป
- 4.7 ข้าพเจ้าให้สัญญาว่าจะไม่ก่อหนี้สินอื่นๆเพิ่มอีก จนทำให้เหลือเงินในสลิปเงินเดือนไม่ถึง 10% หรือมีเงินไม่พอให้หักหนี้ หรือหักเงินไม่ได้ในงวดถัดไป คือ เดือน ก.ย.64 หากเกิดกรณีดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมให้นำเงินผลประโยชน์อื่นใด ที่พึงจะได้รับจากสหกรณ์ฯ นำมาหักชำระหนี้ ต่อไป
- 4.8 ข้าพเจ้ายอมรับว่า เมื่อข้าพเจ้าเข้าโครงการพักชำระเงินต้นฯ จะไม่สามารถขอยกเลิกในระหว่างระยะเวลาดำเนินโครงการได้

ลงชื่อ.....ผู้ขอพักชำระเงินต้นฯ
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์
(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : เอกสารแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 1 ฉบับ (รับรองสำเนา)

นำส่งด้วยตนเอง หรือฝากส่งสหกรณ์ฯ ภายในวันศุกร์ที่ 21 พฤษภาคม 2564

อนุมัติ (คณะกรรมการเงินกู้)

(นายธนยุทธ ศรีไชย)

(นายอุทัย เลียงหิรัญถาวร)

(นายสมบุรณ์ เพ็ญทิพย์)

(นายชาคริต เชื้อชม)

(นายทวี ศรีอ่อน)