



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 )  
จึงขอทำหนังสือพักชำระเงินต้นเพื่อการชำระหนี้ เงินกู้สามัญฯ ให้ไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัด  
อุบลราชธานี จำกัด เพื่อเป็นหลักฐาน ดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้าได้กู้เงินสามัญจากสหกรณ์ (เจ้าหน้าที่สหกรณ์กรอกข้อมูล)

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

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

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

1.3 สัญญาเงินกู้เพื่อการประกอบอาชีพและการลงทุนเลขที่.....ลงวันที่.....  
จำนวนเงิน.....บาท

ข้อ 2. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ ขอพักชำระเงินต้นเพื่อการชำระหนี้ เงินกู้สัญญาตามข้อ 1. เป็นระยะเวลา 2 เดือน  
(ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2565 - สิงหาคม 2565)

ข้อ 3. ข้าพเจ้ายินยอมให้ถือแบบคำขอพักชำระเงินต้นเพื่อการชำระหนี้ฯ ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของหนังสือสัญญา  
เงินกู้ ตามข้อ 1.

ข้อ 4. ข้าพเจ้ายอมรับเงื่อนไขตามประกาศโครงการพักชำระเงินต้นฯ ดังนี้

4.1 เป็นสัญญาเงินกู้ที่ข้าพเจ้าได้ทำสัญญาไว้กับสหกรณ์ฯ ก่อนประกาศนี้ มีผลบังคับใช้

4.2 เป็นสัญญาเงินกู้ที่ไม่เคยผิดนัดการชำระเงินต้นและดอกเบี้ยรายเดือน

4.3 เป็นสัญญาเงินกู้ที่ชำระหนี้ โดยวิธีหักจากเงินได้รายเดือนของสมาชิก ยกเว้นสัญญาในข้อ 1.3

4.4 ในระหว่างพักชำระหนี้เงินต้น สหกรณ์ฯ จะไม่อนุมัติให้สมาชิกกู้ยืมเงินจากสหกรณ์ฯทุกประเภท  
และไม่ยินยอมให้นำสลิปเงินเดือนที่มีเงินคงเหลือไปกู้เงินจากสถาบันการเงินอื่น รวมถึงกู้บ้านหนึ่ง  
ตกทอดโดยเด็ดขาด

- 4.5 ข้าพเจ้ายินยอมชำระเฉพาะดอกเบี้ย เป็นเวลา 2 เดือน ( กค.65 - ศ.ค.65 ) และคิดดอกเบี้ยตามเงินกู้  
คงเหลือ ซึ่งเป็นไปตามระเบียบฯ เมื่อพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้วในเดือนถัดไป คือเดือน ก.ย.65 จะ  
ชำระหนี้ เงินต้น และดอกเบี้ยตามเงินกู้คงเหลือ ต่อไป
- 4.6 หากข้าพเจ้า ต้องเลื่อนงวดชำระออกไปจากเดิมเกินจากวันที่เกษียณอายุราชการไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอม  
ให้นำเงินผลประโยชน์อื่นใด ที่พึงจะได้รับจากสหกรณ์ฯ นำมาหักชำระหนี้ ต่อไป
- 4.7 ข้าพเจ้าให้สัญญาว่าจะไม่ก่อหนี้สินอื่นๆเพิ่มอีก จนทำให้เหลือเงินในสลิปเงินเดือนไม่ถึง 10% หรือมี  
เงินไม่พอให้หักหนี้ หรือหักเงินไม่ได้ในงวดถัดไป คือ เดือน ก.ย.65 หากเกิดกรณีดังกล่าวข้าพเจ้า  
ยินยอมให้นำเงินผลประโยชน์อื่นใด ที่พึงจะได้รับจากสหกรณ์ฯ นำมาหักชำระหนี้ ต่อไป
- 4.8 ข้าพเจ้ายอมรับว่า เมื่อข้าพเจ้าเข้าโครงการพักชำระเงินต้นฯ จะไม่สามารถขอยกเลิกในระหว่างระยะ  
เวลาดำเนินโครงการได้

ลงชื่อ.....ผู้ขอพักชำระเงินต้นฯ

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์

(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : เอกสารแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 1 ฉบับ (รับรองสำเนา)

นำส่งด้วยตนเอง หรือฝากส่งสหกรณ์ฯ ภายในวันพฤหัสบดีที่ 30 มิถุนายน 2565

**อนุมัติ (คณะกรรมการเงินกู้)**

(นางคิลาภรณ์ เงินราง)

(นายชวน จันทร์เลื่อน)

(นายชาคริต เชื้อชม)

(นายพัฒนาพงศ์ พรมลาย)

(นายทวี ศรีอ่อน)