



### แบบคำร้องขอลงทะเบียน

เพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ปีงบประมาณ .....

หน่วยงานรับลงทะเบียน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้อมูลผู้ลงทะเบียน ☐ เป็นผู้ลงทะเบียนตามโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
- 1.1 ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ ผู้ปกครอง ความสัมพันธ์กับเด็กแรกเกิด ระบุ.....
- 1.2 ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว.....
- 1.3 เลขประจำตัวประชาชน  -  -  -  -
- 1.4 เกิดเมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... อายุ..... ปี
- 1.5 สัญชาติ.....
- 1.6 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
- บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... อาคาร/ตึก..... ชั้น..... เลขที่ห้อง..... หมู่บ้าน.....
- ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
- อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์
- โทรศัพท์บ้าน  -  -  โทรศัพท์มือถือ  -  -
- 1.7 ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ใช้ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
- บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... อาคาร/ตึก..... ชั้น..... เลขที่ห้อง..... หมู่บ้าน.....
- ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
- อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์
- โทรศัพท์บ้าน  -  -  โทรศัพท์มือถือ  -  -
- 1.8 อาชีพ ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ ประกอบอาชีพ ระบุ.....
- 1.9 การศึกษา ☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ กำลังศึกษา.....
- ☐ จบการศึกษา (สงวน).....

2. ข้อมูลเด็ก (ตามสถิติบัตร)

- 2.1 ชื่อ - นามสกุล ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง .....
- 2.2 เลขประจำตัวประชาชน  -  -  -  -
- 2.3 เกิดเมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้อมูลตลาด

- 2.4 ☐ เด็กหญิง ☐ นางสาว ☐ นางสาว.....
- 2.5 เลขประจำตัวประชาชน  -     -      -   -
- 2.6 อายุ.....ปี 2.7 สัญชาติ.....
- 2.8 อาชีพ ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ ประกอบอาชีพ ระบุ.....
- 2.9 การศึกษา ☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ กำลังศึกษา..... ☐ จบการศึกษา (สูงสุด).....

ข้อมูลบิดา

- ☐ ไม่ปรากฏบิดา
- 2.10 ☐ เด็กชาย ☐ นาย.....
- 2.11 เลขประจำตัวประชาชน  -        -   -
- 2.12 อายุ.....ปี 2.13 สัญชาติ.....
- 2.14 อาชีพ ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ ประกอบอาชีพ ระบุ.....
- 2.15 การศึกษา ☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ กำลังศึกษา ☐ จบการศึกษา (สูงสุด).....

3. ช่องทางการรับเงินอุดหนุน (เลือกเพียง 1 ธนาคาร)

- ☐ ธนาคารกรุงไทย ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ ☐ ธนาคาร ธ.ก.ส. ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ ☐ ธนาคารออมสิน ประเภทบัญชีเงินฝากเพื่อเรียก  
ข้อบัญญัติ..... เลขที่บัญชี.....

4. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- ☐ 4.1 แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.01)  
☐ 4.2 แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.02)  
☐ 4.3 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง  
☐ 4.4 สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด  
☐ 4.5 สำเนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (เฉพาะหน้าที่ปรากฏชื่อหญิงตั้งครรภ์)  
 ในกรณีที่สมุดสูญหายให้ใช้สำเนาหน้า 1 ประวัติหญิงตั้งครรภ์พร้อมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูล และรับรองสำเนา  
☐ 4.6 สำเนาหน้าแรกของสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด  
 (ธนาคารกรุงไทย หรือธนาคารออมสิน หรือธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร)  
☐ 4.7 หนังสือรับรองรายได้หรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่มีรายได้ประจำเป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ  
 พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท) จำนวน.....ใบ  
☐ 4.8 สำเนาเอกสาร หรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรองคนที่ 1  
 และผู้รับรองคนที่ 2

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลและเอกสารที่ได้ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของ  
 ข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ยินยอมให้นำข้อมูลในบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อ  
 ตรวจสอบสถานะบุคคลในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร ข้อมูลทางการเงินและทรัพย์สิน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ  
 ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินในส่วนที่รับไปโดยไม่มีสิทธิ หรือยินยอมให้หักจากสวัสดิการอื่น หรือหักจากบัญชีเงินฝากธนาคารของข้าพเจ้าได้  
 ในกรณีที่ข้าพเจ้ายินยวดำเนินการเพื่อส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็กผ่านช่องทางต่าง ๆ

(ลงชื่อ).....ผู้ลงทะเบียน (ลงชื่อ).....ผู้รับลงทะเบียน

(.....) (.....)

วันที่ลงทะเบียน..... ตำแหน่ง.....

วันที่ลงทะเบียน.....

ติดตามรอยดู.....

หมายเหตุ : สำหรับเก็บไว้เป็นหลักฐานเพื่อยืนยันการลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

1. หน่วยงานรับลงทะเบียน.....วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

1.1 ชื่อ-นามสกุล ผู้ลงทะเบียน.....

1.2 เลขประจำตัวประชาชน  -     -     -

1.3 ชื่อ - นามสกุล เด็กแรกเกิด ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง.....

1.4 เลขประจำตัวประชาชน  -     -     -

2. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- ☐ แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.01)  
☐ แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.02)  
☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง  
☐ สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด  
☐ สำเนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (เฉพาะหน้าที่ปรากฏชื่อหญิงตั้งครรภ์)  
 ในกรณีที่สมุดสูญหายให้ใช้สำเนาหน้า 1 ประวัติหญิงตั้งครรภ์พร้อมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูล และรับรองสำเนา  
☐ สำเนาหน้าแรกของสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด  
 (ธนาคารกรุงไทย ธนาคารออมสิน ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร)  
☐ หนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ  
 พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท หรือผู้มีรายได้ประจำ) จำนวน.....ใบ  
☐ สำเนาเอกสาร หรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรอง  
 คนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน

(.....)

ส่วนที่ 1 : ผู้ลงทะเบียน

ข้อมูลสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่จริงของผู้ลงทะเบียน

(กรณีต่างคำที่มีบัตรประจำตัวซึ่งไม่มีสัญชาติไทย) สามารถกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มได้

[illegible]

จำนวนสมาชิกของครัวเรือนทั้งหมด.....คน (นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย)

รายได้รวมของครัวเรือน.....บาท/ปี      รายได้เฉลี่ยสมาชิกของครัวเรือน.....บาท/คน/ปี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายชื่อที่ปรากฏข้างต้น เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่ติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 180 วัน ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และสถานะของครัวเรือนของข้าพเจ้ามีจำนวนแล้วมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง และยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถาม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ในบัตรประจำตัวประชาชน หรือในหนังสือในหน้าที่ของข้าพเจ้า หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระงับสิทธิการและประโยชน์ ทั่วทั้งด้านเงินได้ที่ได้รับ

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน  
(.....)

วันที่ลงทะเบียน.....

หมายเหตุ : 1) รายได้เฉลี่ยคำนวณจากรายได้รวมของครัวเรือนหารด้วยจำนวนสมาชิกทั้งหมดของที่อยู่อาศัยในครัวเรือนเท่านั้น โดยนับรวมรายได้ในรอบปีของสมาชิกทุกคนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้นติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 180 วันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยให้นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย ซึ่งสมาชิกของครัวเรือนมีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติโดยสายโลหิต หรืออยู่กินด้วยกันฉันสามีภริยา หรือด้วยเหตุอื่นตามกฎหมาย แต่ไม่นับรวมผู้ซึ่งเป็นลูกจ้างหรือผู้ซึ่งได้อนุญาตให้อยู่อาศัยด้วย

2) กรณีสมาชิกในครัวเรือนเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานบริษัท ผู้มีรายได้ประจำ ให้แนบหนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือนของผู้มีรายได้ประจำ ด้วยทุกคน

3) กรณีสมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐทุกคน ไม่ต้องมีผู้รับรองสถานะของครัวเรือน

ส่วนที่ 2 : ผู้รับรอง

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 1 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| ข้าพเจ้า <input type="radio"/> นาย <input type="radio"/> นาง <input type="radio"/> นางสาว ..... นามสกุล.....<br>ตำแหน่ง ..... สังกัดหน่วยงาน .....<br>โทรศัพท์.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| โทรศัพท.....<br><input type="radio"/> รับรอง ผู้ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในพื้นที่ของข้าพเจ้า เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น<br><input type="radio"/> ไม่รับรอง เนื่องจาก.....                                                                                                                                                                                             |  |
| (ลงชื่อ)..... ผู้รับรองคนที่ 1<br>(.....)<br>ตำแหน่ง.....<br>วันที่.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 1 : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมืองพัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร คณะกรรมการชุมชนของกรุงเทพมหานคร ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น กรณีกรุงเทพมหานคร หากไม่มีผู้รับรองคนที่ 1 ให้ข้าราชการที่ดำรงตำแหน่งในระดับปฏิบัติการขึ้นไปหรือเทียบเท่าที่ปฏิบัติหน้าที่ในกรุงเทพมหานครเป็นผู้รับรองได้ |  |
| <b>ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 2 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| ข้าพเจ้า <input type="radio"/> นาย <input type="radio"/> นาง <input type="radio"/> นางสาว ..... นามสกุล.....<br>ตำแหน่ง ..... สังกัดหน่วยงาน .....<br>โทรศัพท์.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| <input type="radio"/> รับรอง ผู้ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในพื้นที่ของข้าพเจ้า เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่มีรายได้ไม่เกิน 100,000 บาท ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น<br><input type="radio"/> ไม่รับรอง เนื่องจาก.....                                                                                                                                                                                                                               |  |
| (ลงชื่อ)..... ผู้รับรองคนที่ 2<br>(.....)<br>ตำแหน่ง.....<br>วันที่.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 2 : ประธานอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำตำบล ประธานชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการสถานบริการสาธารณสุขในระดับตำบล ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่นที่ดำรงตำแหน่งในระดับปฏิบัติการขึ้นไปหรือเทียบเท่า ที่ปฏิบัติหน้าที่ในท้องถิ่นหรือท้องถิ่นแห่งนั้น (ต้องมีใช้ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน)                                                                          |  |
| <b>ส่วนที่ 3 : การปิดประกาศ (สำหรับหน่วยงานรับลงทะเบียน)</b><br>เด็กหญิง/เด็กชาย/นาย/นางสาว.....<br>เป็นผู้ปกครองที่มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ที่ได้ปิดประกาศ 15 วันแล้ว<br>ตามประกาศ (ชื่อ อปท.)..... ลงวันที่..... ลำดับที่.....<br><div style="text-align: right;">                     (ลงชื่อ) ..... เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน<br/>                     (.....)<br/>                     วันที่.....                 </div>                     |  |

**เอกสารประกอบการกู้ยืมเงิน**  
**กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ**

**1. กรณีผู้พิการกู้ยืมเอง (ผู้กู้ยืมมีอายุไม่เกิน 65 ปี)**

- |                                                                                                                                         |         |   |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---|------|
| 1. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ และ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน                                                                                | อย่างละ | 1 | แผ่น |
| 2. สำเนาทะเบียนบ้าน                                                                                                                     | จำนวน   | 1 | แผ่น |
| 3. รูปถ่ายเต็มตัวของคนพิการ ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด 4x6 นิ้ว                                                                     | จำนวน   | 1 | แผ่น |
| 4. หนังสือยินยอมจากคู่สมรสผู้กู้ยืมเงิน พร้อมกับแนบหลักฐานคู่สมรส สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน<br>สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี) | อย่างละ | 1 | แผ่น |

**2. กรณีผู้ดูแลผู้พิการแทนคนพิการ (ผู้กู้ยืมมีอายุไม่เกิน 65 ปี)**

- |                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |   |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---|------|
| 1. สำเนาทะเบียนบ้าน และ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ของผู้ดูแล)                                                                                                                                                                                                    | อย่างละ | 1 | แผ่น |
| 2. หนังสือยินยอมจากคู่สมรสผู้กู้ยืมเงิน พร้อมกับแนบหลักฐานคู่สมรส สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน<br>สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)                                                                                                                          | อย่างละ | 1 | แผ่น |
| 3. รูปถ่ายเต็มตัวของผู้กู้ยืม ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด 4x6 นิ้ว                                                                                                                                                                                            | จำนวน   | 1 | แผ่น |
| 4. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ และ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ของคนพิการ)                                                                                                                                                                                            | อย่างละ | 1 | แผ่น |
| 5. สำเนาทะเบียนบ้าน (ของคนพิการ)                                                                                                                                                                                                                                 | จำนวน   | 1 | แผ่น |
| 6. รูปถ่ายเต็มตัวของคนพิการ ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด 4x6 นิ้ว                                                                                                                                                                                              | จำนวน   | 1 | แผ่น |
| 7. ใบรับรองแพทย์ของคนพิการ ในกรณีคนพิการมีความพิการรุนแรง (โดยให้แพทย์ระบุว่า “ <u>ผู้พิการไม่สามารถประกอบ<br/>ชีวิตประจำวันได้</u> ”) ยกเว้น ผู้พิการมีความพิการทางจิตใจและพฤติกรรม ทางสติปัญญาและการเรียนรู้ และ อายุยังไม่ครบ 20 ปี<br>ไม่ต้องขอใบรับรองแพทย์ |         |   |      |

- |                                                                                                                                                       |         |   |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---|------|
| 8. หนังสือรับรองว่าเป็นผู้อุปการะคนพิการ โดยให้ผู้นำชุมชนรับรอง พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตำแหน่ง<br>สำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้รับรองมาด้วย | อย่างละ | 1 | แผ่น |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---|------|

**3. เอกสารผู้ค้ำประกัน**

- |                                                                                                                                        |         |   |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---|------|
| 1. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการหรือบัตรพนักงาน และ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน                                                              | อย่างละ | 1 | แผ่น |
| 2. ทะเบียนบ้าน                                                                                                                         | จำนวน   | 1 | แผ่น |
| 3. หนังสือรับรองเงินเดือนจากต้นสังกัด (ซึ่งออกให้ไม่เกิน 90 วัน)                                                                       | จำนวน   | 1 | แผ่น |
| 4. หนังสือยินยอมจากคู่สมรสผู้ค้ำประกัน พร้อมกับแนบหลักฐานคู่สมรส สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน<br>สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี) | อย่างละ | 1 | แผ่น |

**4. คุณสมบัติผู้ค้ำประกัน**

1. เป็นบุคคลที่นำเชื่อถือ มีรายได้ประจำ ถ้าเป็นข้าราชการต้องเป็นข้าราชการระดับ 3 ขึ้นไป หรือ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน  
ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน พนักงานของรัฐ พนักงานบริษัทเอกชน พนักงานรัฐวิสาหกิจ ที่ผ่านการรับรองจากองค์กร นั้นๆ
2. มีอายุไม่เกิน 55 ปี
3. มีที่อยู่คนละทะเบียนบ้านกับผู้กู้ยืม
4. ไม่เป็นสามี หรือ ภรรยา กับผู้กู้ยืม
5. ไม่มีสำเนาทะเบียนบ้านอยู่ในจังหวัดยโสธร หรือจังหวัดที่ใกล้เคียง
6. ยินยอมค้ำประกันให้กับผู้กู้ยืมเงินกองทุนฯ และสะดวกที่จะมาทำสัญญาค้ำประกันตามที่ได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่

**หมายเหตุ** ผู้พิการและผู้ดูแลสามารถยื่นคำร้องได้ที่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดยโสธร  
ศาลากลางจังหวัดยโสธร (หลังเก่าชั้น 1) สอบถามเพิ่มเติม โทร 045-711579 045-711080

# แบบประมาณการค่าใช้จ่ายในการประกอบอาชีพ

ชื่อ-นามสกุลผู้กู้.....

ที่อยู่.....

ลักษณะความพิการ .....

| ลำดับ       | รายละเอียด | ราคาเสนอ(บาท) | สำหรับเจ้าหน้าที่ |                   |
|-------------|------------|---------------|-------------------|-------------------|
|             |            |               | ราคากลาง          | คณะทำงานกลั่นกรอง |
| 1           |            |               |                   |                   |
| 2           |            |               |                   |                   |
| 3           |            |               |                   |                   |
| 4           |            |               |                   |                   |
| 5           |            |               |                   |                   |
| 6           |            |               |                   |                   |
| 7           |            |               |                   |                   |
| 8           |            |               |                   |                   |
| 9           |            |               |                   |                   |
| 10          |            |               |                   |                   |
| 11          |            |               |                   |                   |
| 12          |            |               |                   |                   |
| 13          |            |               |                   |                   |
| 14          |            |               |                   |                   |
| 15          |            |               |                   |                   |
| รวมเป็นเงิน |            |               |                   |                   |

## แผนที่สถานประกอบการของผู้เยี่ยม

หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลหรืออุปการะคนพิการ

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี  
 บัณฑิตประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ เลขที่.....  
 ออกให้โดย .....วันหมดอายุ.....มีสถานภาพเป็น

- ☐ ผู้แทนองค์กรด้านคนพิการซึ่งมีฐานะเป็นนิติบุคคล
- ☐ กำนันผู้ใหญ่บ้าน
- ☐ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- ☐ ข้าราชการ ระดับ.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....  
 จังหวัด.....โทร.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....  
 เป็นผู้ดูแลคนพิการชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....จริง โดยผู้ดูแลคน  
 พิการมีความเกี่ยวพัน เป็น.....กับผู้พิการ และผู้พิการ เป็นผู้ที่มีสภาพความพิการร้ายแรงจนไม่สามารถ  
 ประกอบอาชีพด้วยตนเองได้ ทั้งนี้เพื่อให้ใช้หนังสือรับรองฉบับนี้เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณาให้กู้ยืมเงินจากกองทุนส่งเสริม  
 และ พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ .....ผู้รับรอง

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หนังสือยินยอมคู่สมรส ผู้กู้ (ถ้ามี)

ทำที่.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี  
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....  
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....  
.....จังหวัด.....ในฐานะที่เป็น สามี/ภรรยา โดยชอบด้วย กฎหมาย ข้าพเจ้ายินยอมให้  
.....สามี/ภรรยา ของข้าพเจ้าทำสัญญากู้เงิน / สัญญาค้ำประกันกู้ยืมเงินจากกองทุนส่งเสริม  
และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ  
ฉบับลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ .....ผู้รับรอง  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

หนังสือยินยอมคู่สมรส ผู้ค้าประกัน (ถ้ามี)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ซอย

.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ

.....จังหวัด.....ในฐานะที่เป็นสามี/ภรรยา โดยชอบด้วยกฎหมาย ข้าพเจ้ายินยอมให้

.....สามี/ภรรยา ของข้าพเจ้าทำสัญญากู้เงิน / สัญญาค้ำประกันกู้ยืมเงินจากกองทุนส่งเสริม

และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ฉบับลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

คำร้องขอกู้ยืมเงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ  
ประเภท การกู้ยืมของคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการเป็นรายบุคคล

เขียนที่.....  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....

เรื่อง ขอกู้ยืมเงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

เรียน ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

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 ☐ ไม่สามารถประกอบ

กิจวัตรประจำวันได้ 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

ที่อยู่ปัจจุบัน..... 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

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

สถานที่ใกล้เคียง.....

ความสัมพันธ์ของผู้กู้และผู้ค้าประกันโดยเป็น ☐ ผู้สืบสันดาน ☐ ผู้บุพการี ☐ญาติพี่น้อง ☐ บุคคลอื่น  
☐ องค์กรคนพิการ

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ.....อายุ.....ปี ที่อยู่.....หมู่.....

ถนน.....แขวง/ตำบล.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....ความสัมพันธ์กับผู้กู้.....

กรณีผู้ค้าเป็นองค์กรคนพิการที่เป็นนิติบุคคล ชื่อ.....

เลขทะเบียนนิติบุคคล.....โดย.....ผู้มีอำนาจลงนาม

ตั้งอยู่ที่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

สถานที่ใกล้เคียง.....

2. การค่าใช้จ่ายต่อเดือนของครอบครัวทั้งหมดจำนวน .....บาท

ผู้กู้มีหน้าที่รับภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัวจำนวน.....บาท/เดือน

☐ ทั้งหมด ☐ รับภาระไม่เกินร้อยละ 30 ☐ รับภาระไม่เกินร้อยละ 50

☐ รับภาระไม่เกินร้อยละ 75

3. ทักษะอาชีพที่ข้อกู้

☐ มีทักษะหรือมีหนังสือรับรองการฝึกอาชีพ ☐ ไม่มีทักษะ

4. ประวัติการกู้ยืมเงินกองทุนฯ ☐ เคยกู้ยืมเงินจากกองทุนฯ ☐ ไม่เคยกู้ยืมเงินจากกองทุนฯ

☐ เคยค้างชำระตั้งแต่ 3 - 12 งวด

☐ เคยค้างชำระเกิน 12 งวด และแก้ไขมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

5. การหนี้สินที่มีของผู้ขอกู้

☐ 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. ความน่าเชื่อถือของผู้ค้าประกันซึ่งมีอาชีพ

8.1 ☐ อาชีพประจำ ☐ อาชีพอิสระ ☐ องค์กรคนพิการที่เป็นนิติบุคคล

8.2 ☐ มีหลักฐานรายได้ผู้ค้า ตั้งแต่ 25,000 บาท ขึ้นไป

☐ มีหลักฐานรายได้ผู้ค้า ตั้งแต่ 20,000 บาท - 24,999 บาท

☐ มีหลักฐานรายได้ผู้ค้า ตั้งแต่ 15,000 บาท - 19,999 บาท

☐ มีหลักฐานรายได้ผู้ค้า ตั้งแต่ 10,000 บาท - 14,999 บาท

☐ มีหลักฐานรายได้ผู้ค้า น้อยกว่า 10,000 บาท

9. การมีที่อยู่อาศัยของผู้ค้าประกัน

☐ เป็นเจ้าของบ้านในจังหวัดที่ยื่นกู้ ☐ เช่าผู้อื่นหรืออาศัยผู้อื่นอยู่ ☐ มีภูมิลำเนาอยู่นอกจังหวัดที่ยื่นกู้

## 10. ภาระหนี้สินของผู้ค้าประกัน

- ☐ ไม่มี    ☐ มีภาระหนี้สิน

## 11. ประวัติการค้ำประกันให้ผู้กู้ยืมเงินจากกองทุน

- ☐ เคยค้ำประกันและอยู่ระหว่างชำระ    ☐ เคยค้ำประกันแต่ชำระหมดแล้ว    ☐ ไม่เคย

ข้าพเจ้าประสงค์จะขอกู้ยืมเงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เป็นจำนวนเงิน

.....บาท (.....) เพื่อนำไปประกอบอาชีพ

☐ ค้าขาย..... ☐ เกษตรกร..... ☐ งานช่างและบริการ.....

☐ อื่นๆ .....

ข้าพเจ้าจะผ่อนชำระเงินกู้ เดือนละ..... บาท มีกำหนด.....เดือน นับตั้งแต่วันที่ได้ทำสัญญา เป็นต้นไป ในการนี้ข้าพเจ้าได้แนบสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของธนาคาร.....

ชื่อบัญชี.....สาขา.....เลขที่บัญชี.....

ของข้าพเจ้าพร้อมนี้ เพื่อสะดวกในการรับเงินที่กู้ยืมจากกองทุนฯ และให้ถือว่าข้าพเจ้าได้รับเงินกู้ตามจำนวนที่เงินกองทุนโอนเข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้าตามที่ได้แนบมาพร้อมนี้ และรับรองว่าเมื่อได้รับเงินที่อนุมัติให้กู้ยืมไปแล้ว จะนำไปใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ที่ได้ยื่นคำร้องขอกู้ยืมและจะปฏิบัติตามระเบียบการกู้ยืมเงินและสัญญากู้ยืมเงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการทุกประการโดยยินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการดำเนินการตามระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการกู้ยืมเงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าได้ตามความจำเป็นทั้งนี้เพื่อประโยชน์ของกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบคำร้องขอกู้ยืมมาพร้อมนี้เพื่อประกอบการพิจารณาคำร้องขอกู้ยืมเงินของข้าพเจ้า

## เอกสารประกอบคำร้องขอกู้ยืม

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและบัตรประจำตัวคนพิการ
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน และหลักฐานการมีภูมิลำเนาปัจจุบัน
- ☐ แผนที่เดินทางของที่อยู่อาศัยและแผนที่ประกอบอาชีพ และรูปถ่ายขนาด 4x6 นิ้วจำนวน 1 รูป
- ☐ สำเนาหนังสือสัญญาเช่าบ้านหรือเอกสารรับรองการมีถิ่นที่อยู่ถาวรในท้องที่ที่ยื่นคำขอกู้
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ค้าประกัน หรือข้อบังคับของสมาคมที่มีวัตถุประสงค์ให้ค้าประกันได้และสำเนาบัตรผู้มีอำนาจลงนาม
- ☐ หนังสือรับรองเงินเดือนหรือเอกสารแสดงรายได้ของผู้ค้าประกันหรือบัญชีงบดุลประจำปีของนิติบุคคล
- ☐ หนังสือรับรองการเป็นผู้ประกอบการคนพิการ
- ☐ หนังสือยินยอมคู่สมรสของผู้กู้ยืมและของผู้ค้าประกัน
- ☐ ประมาณการค่าใช้จ่ายในการประกอบอาชีพที่ขอกู้
- ☐ ความเห็นของแพทย์หรือผู้ดูแลคนพิการที่แทนคนพิการที่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของผู้กู้ยืม

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ ..... ผู้ขอกู้  
(.....)

ลงชื่อ .....เจ้าหน้าที่ผู้รับคำร้อง  
(.....)



นางสาวณัฏฐา

คำร้องขอกู้ยืมเงินทุนประกอบอาชีพจากกองทุนผู้สูงอายุ

ประเภท รายบุคคล

รหัส CASE เดือน ...../

ลำดับที่.....

(สำหรับเจ้าหน้าที่ พมจ.)

เลขที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

เรื่อง ขอกู้ยืมเงินกองทุนผู้สูงอายุ

เรียน ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนผู้สูงอายุ

สิ่งที่ส่งมาด้วย

| เอกสาร                                                                                              | โปรด ✓ |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|
|                                                                                                     | ผู้กู้ | ผู้ค้ำ |
| 1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน                                                                         |        |        |
| 2. สำเนาทะเบียนบ้าน                                                                                 |        |        |
| 3. สำเนาบัตรประจำตัวคู่สมรส และทะเบียนบ้าน (ถ้ามี)                                                  |        |        |
| 4. หนังสือรับรองเงินเดือนซึ่งออกให้ไม่เกิน 90 วัน) หรือ สลิปเงินเดือน<br>เดือนล่าสุดของผู้ค้ำประกัน |        |        |

ข้อมูลผู้ขอกู้ยืม

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... นามสกุล..... อายุ..... ปี สัญชาติไทย  
เลขประจำตัวประชาชน ที่..... หมดอาวันที่.....

ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน.....  
 ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

มีสาเหตุหรือกรรณชาติ.....

เลขประจำตัวประชาชน ที่ 



 หมดอายุวันที่.....

☐ อยู่ด้วยกันโดยจดทะเบียนสมรส ☐ อยู่ด้วยกันโดยไม่จดทะเบียนสมรส ☐ หย่าร้าง ☐ เสียชีวิต

ปัจจุบันประกอบอาชีพ ..... รายได้ ..... บาท/เดือน ประสงค์จะขอกู้ยืมเงินกองทุน

ผู้ส่งขายเป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

เพื่อนำไปประกอบอาชีพ.....

โดยมีรายละเอียดประมาณการค่าใช้จ่ายในการประกอบอาชีพปรากฏตามแบบฟอร์มคำร้องฯ หน้า ที่ 3

## ข้อมูลผู้กู้ประกัน

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี สัญชาติไทย  
 เลขประจำตัวประชาชน ที่ 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 หมอลายวันที่ .....  
 ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน .....  
 ซอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....  
 อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....  
 ความสัมพันธ์กับผู้กู้ ☐ สามี/ภรรยา ☐ บุตร ☐ หลาน ☐ ญาติพี่น้อง ☐ คนรู้จัก/เพื่อนบ้าน  
 อาชีพ ..... รายได้ ..... บาท/เดือน  
 โทรศัพท์ที่ทำงาน(ถ้ามี) ..... เป็นผู้กู้ประกัน

หากข้าพเจ้าได้รับอนุมัติให้กู้ยืมเงินกองทุนผู้สูงอายุ ข้าพเจ้ายินยอมผ่อนชำระคืนเป็นรายงวด  
 ภายในระยะเวลาไม่เกิน ๓ ปี นับตั้งแต่วันที่ได้ทำสัญญาเป็นต้นไป และข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะนำไปใช้จ่าย  
 ตามวัตถุประสงค์ที่ได้ร้องขอและจะปฏิบัติตามระเบียบการกู้ยืมเงินและสัญญาผู้ยืมเงินกองทุนผู้สูงอายุทุกประการ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ) ..... ผู้กู้  
 (.....)

(ลงชื่อ) ..... ผู้กู้ประกัน  
 (.....)

**ประมาณการค่าใช้จ่าย**  
(ที่จะกู้ยืมไปประกอบอาชีพ)

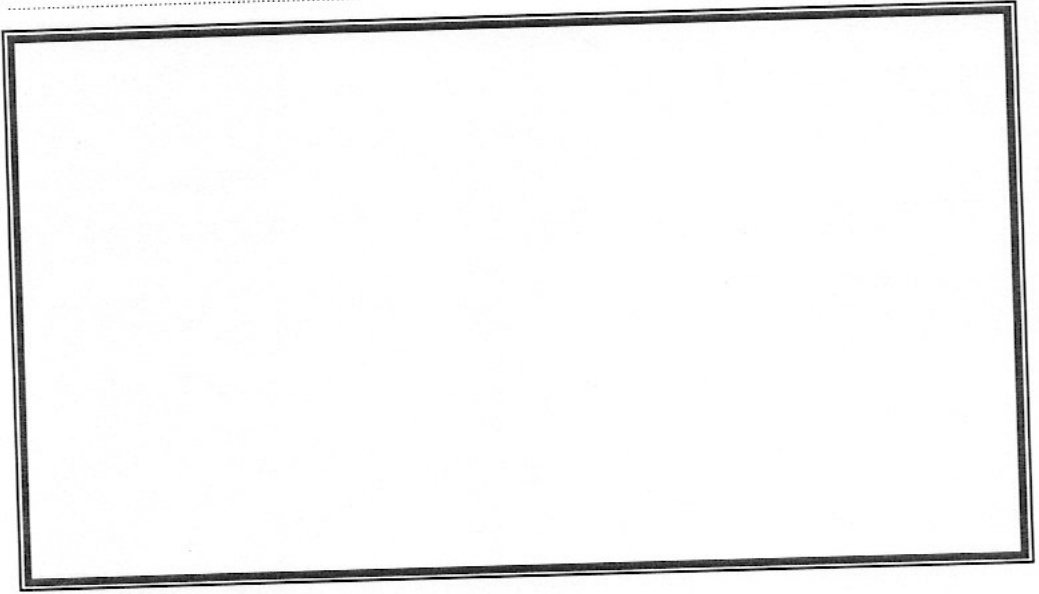
## โปรดแจกแจงรายละเอียดการประกอบอาชีพ

|          |                |
|----------|----------------|
| 1. ....  | ราคา ..... บาท |
| 2. ....  | ราคา ..... บาท |
| 3. ....  | ราคา ..... บาท |
| 4. ....  | ราคา ..... บาท |
| 5. ....  | ราคา ..... บาท |
| 6. ....  | ราคา ..... บาท |
| 7. ....  | ราคา ..... บาท |
| 8. ....  | ราคา ..... บาท |
| 9. ....  | ราคา ..... บาท |
| 10. .... | ราคา ..... บาท |
| 11. .... | ราคา ..... บาท |
| 12. .... | ราคา ..... บาท |
| 13. .... | ราคา ..... บาท |
| 14. .... | ราคา ..... บาท |
| 15. .... | ราคา ..... บาท |
| 16. .... | ราคา ..... บาท |
| 17. .... | ราคา ..... บาท |
| 18. .... | ราคา ..... บาท |
| 19. .... | ราคา ..... บาท |
| 20. .... | ราคา ..... บาท |

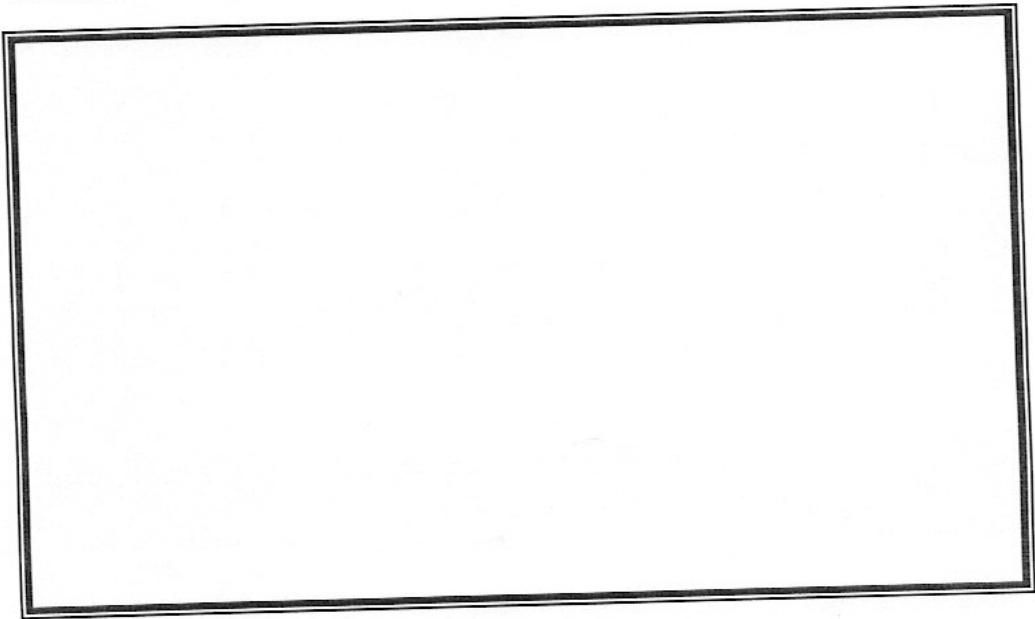
รวมเป็นเงิน

..... บาท

แผนผังที่อยู่อาศัยของผู้กู้ยืมเงินทุนประกอบอาชีพ



แผนผังสถานที่ประกอบอาชีพของผู้กู้ยืมเงินทุนประกอบอาชีพ





ผู้อนุมัติ

.....  
 (.....)  
 ...../...../.....

## หนังสือมอบอำนาจ

ให้ทำบัตร ATM ใช้เฉพาะกรณีมอบอำนาจให้เปิดบัญชีเบี้ยยังชีพเท่านั้น

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า .....

บัตรแสดงตน.....เลขที่.....อายุ.....ปี

บ้านเลขที่.....หมู่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ได้มอบอำนาจให้.....

บัตรแสดงตน.....เลขที่.....อายุ.....ปี

บ้านเลขที่.....หมู่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....หมายเลขโทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจในการดำเนินการแทนข้าพเจ้า เกี่ยวกับการใช้บริการบัตร ATM ของธนาคารเพื่อการเกษตร และสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.) ดังต่อไปนี้

- ☐ 1. ให้เป็นผู้ขอใช้บริการบัตร ATM
- ☐ 2. ให้เป็นผู้รับบัตร ATM
- ☐ 3. ให้เป็นผู้รับซองรหัส ATM
- ☐ 4. ให้เป็นผู้ขอทำการยกเลิกบัตร ATM
- ☐ 5. ให้เป็นผู้ขอออกบัตร ATM ใหม่ แทนบัตร ATM ใบเดิมที่ชำรุด/สูญหาย
- ☐ 6. ให้ขอเปลี่ยนแปลงวงเงินบัตร ATM
- ☐ 7. ให้ขอเปลี่ยนแปลงประเภทบัตร ATM

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การกระทำที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำให้ไปนั้น ให้ถือเสมือนหนึ่งเป็นการกระทำของข้าพเจ้า และเพื่อเป็นหลักฐาน ผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ ได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
(.....)ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

- หมายเหตุ 1. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความที่ประสงค์ให้ครบถ้วน และใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐
2. ให้ถ่ายสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และรับรองความถูกต้องของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ แบบทุกครั้ง

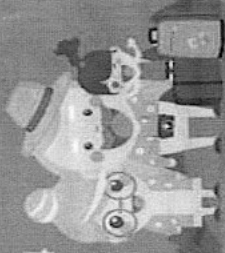
ตารางช่วงอายุ เบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ 2566

| วัน/เดือน/ปี เกิด         |           |      |     |           |      | อายุ (ปี)                 |
|---------------------------|-----------|------|-----|-----------|------|---------------------------|
| 90 ปี ขึ้นไป              | 2 ตุลาคม  | 2461 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2462 | 103                       |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2462 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2463 | 102                       |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2463 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2464 | 101                       |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2464 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2465 | 100                       |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2465 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2466 | 99                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2466 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2467 | 98                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2467 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2468 | 97                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2468 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2469 | 96                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2469 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2470 | 95                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2470 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2471 | 94                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2471 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2472 | 93                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2472 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2473 | 92                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2473 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2474 | 91                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2474 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2475 | 90                        |
| วัน/เดือน/ปี เกิด         |           |      |     |           |      | อายุ (ปี)                 |
| ช่วงอายุ<br>80 - 89 ปี    | 2 ตุลาคม  | 2475 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2476 | 89                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2476 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2477 | 88                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2477 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2478 | 87                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2478 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2479 | 86                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2479 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2480 | 85                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2480 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2481 | 84                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2481 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2482 | 83                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2482 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2483 | 82                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2483 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2484 | 81                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2484 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2485 | 80                        |
| วัน/เดือน/ปี เกิด         |           |      |     |           |      | อายุ (ปี)                 |
| ช่วงอายุ<br>70 - 79 ปี    | 2 ตุลาคม  | 2485 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2486 | 79                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2486 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2487 | 78                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2487 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2488 | 77                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2488 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2489 | 76                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2489 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2490 | 75                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2490 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2491 | 74                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2491 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2492 | 73                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2492 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2493 | 72                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2493 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2494 | 71                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2494 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2495 | 70                        |
| วัน/เดือน/ปี เกิด         |           |      |     |           |      | อายุ (ปี)                 |
| ช่วงอายุ<br>60 - 69 ปี    | 2 ตุลาคม  | 2495 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2496 | 69                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2496 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2497 | 68                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2497 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2498 | 67                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2498 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2499 | 66                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2499 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2500 | 65                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2500 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2501 | 64                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2501 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2502 | 63                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2502 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2503 | 62                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2503 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2504 | 61                        |
|                           | 2 ตุลาคม  | 2504 | ถึง | 1 ตุลาคม  | 2505 | 60                        |
| รายใหม่<br>Happy Birthday | 2 กันยายน | 2505 | ถึง | 1 กันยายน | 2506 | อายุครบ 60<br>ในเดือนเกิด |

การย้ายของผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และได้ลงทะเบียนกับที่ใหม่ ภายใน 30 พฤศจิกายน 2564  
(ต้องเป็นผู้มีสิทธิเดิม / ผู้ที่กำลังจะได้รับสิทธิ hbd.)

|                                                                 | อปท.เดิม       | อปท.ใหม่                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ย้ายออก-ย้ายเข้า ระหว่างปีงบประมาณ 64<br>เช่น ย้ายออก 10 ม.ค.64 | จ่ายแค่จบ 64   | ได้รับเงินใน งบ 65 (ลงทะเบียนภายใน พ.ย.64)<br><br>กรณี ย้ายเข้าหลัง ก.ย.64 จะได้รับเงินใน งบ 65 โดยพิจารณาว่า ย้ายเข้ามาก่อนหรือหลังวันที่ทำการจ่ายเงินในเดือนนั้นๆ<br>ตย. ย้ายเข้า 5 ต.ค. 64 จะได้รับเงินตั้งแต่ ต.ค. 64<br>ต.ย. ย้ายเข้า 11 ต.ค. 64 จะได้รับเงินตั้งแต่ พ.ย. 64<br>(บันทึกระบบ 65 ย้อนหลัง) |
| ย้ายออกจากที่เดิม ตั้งแต่ 1 ต.ค. 64                             | จ่าย งบ 65 ต่อ | จ่าย งบ 66 เป็นต้นไป                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ย้ายไปทะเบียนบ้านกลาง<br>ระหว่างปีงบประมาณ 64                   |                | ได้รับเงินใน งบ 65 (ลงทะเบียนภายใน พ.ย.64)<br><br>กรณี ย้ายเข้าหลัง ก.ย.64 จะได้รับเงินใน งบ 65 โดยพิจารณาว่า ย้ายเข้ามาก่อนหรือหลังวันที่ทำการจ่ายเงินในเดือนนั้นๆ<br>ตย. ย้ายเข้า 5 ต.ค. 64 จะได้รับเงินตั้งแต่ ต.ค. 64<br>ต.ย. ย้ายเข้า 11 ต.ค. 64 จะได้รับเงินตั้งแต่ พ.ย. 64<br>(บันทึกระบบ 65 ย้อนหลัง) |

การย้ายของผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ งบประมาณ 2564  
และได้ลงทะเบียนกับที่ใหม่ ภายใน 30 พฤศจิกายน 2563  
(ต้องเป็นผู้รับสิทธิเดิม / ผู้ที่กำลังจะได้รับสิทธิ hbd.)



อปท.เดิม

อปท.ใหม่

ย้ายออกจากที่เดิม  
ระหว่างปีงบประมาณ 63



จ่ายงบ 63

ที่ใหม่ จ่าย ต.ค.63 เป็นต้นไป

ย้ายออกจากที่เดิม  
ตั้งแต่ 1 ต.ค.63



จ่าย งบ 64

จ่าย งบ 65

ย้ายออกจากที่เดิมไปทะเบียน  
บ้านกลาง ระหว่างปีงบประมาณ 63



ทะเบียนบ้านกลาง

ได้รับเงินใน งบ 64