

แบบพักชำระหนี้กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

มาตรการช่วยเหลือลูกหนี้ที่กู้ยืมเงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
กรณีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)

ทำที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

๑. ☐ ไม่ประสงค์พักชำระหนี้

๒. ☐ ประสงค์พักชำระหนี้ (ระบุรายละเอียด)

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว อายุ.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....อยู่
บ้าน เลขที่..... หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... มีหนี้กับกองทุน
ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ตามสัญญาเลขที่...../.....เป็นเงินจำนวน.....บาท (.....) ผ่อน
ชำระเดือนละ.....บาท (.....) ขอพักชำระหนี้มีกำหนด.....เดือนนับตั้งแต่เดือน.....
เนื่องจาก.....และจะเริ่มชำระเมื่อวันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้กู้ยืม
(.....)

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว..... อายุ.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....อยู่
บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... ซึ่งเป็นผู้ค้ำประกันตาม
สัญญาดังกล่าวข้างต้นตกลงยินยอมด้วยการพักชำระหนี้ในครั้งนี้

ลงชื่อ.....ผู้ค้ำประกัน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ : ๑.ให้ผู้กู้ยืมเงินและผู้ค้ำประกันลงลายมือชื่อในช่องลายมือชื่อของผู้กู้ยืมเงินและผู้ค้ำประกันแต่ละคน
๒.เมื่อได้ลงลายมือชื่อในแบบการพักชำระหนี้แล้วให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้กู้ยืมเงิน
และผู้ค้ำประกันที่ลงนามรับรองสำเนาถูกต้องด้วยตัวเอง
๓.พยาน หมายถึง ผู้ร่วมเหตุการณ์ รับรู้เรื่องราวทั้งหมดระหว่างการ ทำแบบการชำระหนี้นี้ ต้องเป็นบุคคลที่มี
อายุครบ ๒๐ ปีบริบูรณ์เป็นต้นไป พร้อมลงลายมือชื่อเป็นพยานในแบบพักชำระหนี้ และแนบสำเนาบัตรประจำ
ตัวประชาชน
๔.ผู้ให้กู้ยืมต้องนำแบบการพักชำระหนี้แนบท้ายสัญญาเดิม