ประกาศสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู จำกัด

ฉบับที่ 9/2564

เรื่อง พักชำระหนี้สมาชิกสหกรณ์สู้ภัยไวรัสโควิด-19

อาศัยอำนาจตามข้อบังคับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู จำกัด พ.ศ. 2554 ประกอบกับที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู จำกัด ชุดที่ 27 ครั้งที่พิเศษ 1/2564 เมื่อวันที่ 13 มกราคม 2564 มีมติกำหนดมาตรการพักชำระหนี้สมาชิกสู้ภัยโควิด-19 (รอบ 2) อันเนื่องจากผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ทำให้สมาชิกได้รับความเดือดร้อนโดยให้สมาชิกแจ้งความประสงค์ขอพักชำระหนี้ทุกสัญญา หรือบางสัญญา เฉพาะเงินต้น ยกเว้นเงินกู้ฉุกเฉิน ขอพักชำระหนี้เงินต้นดังกล่าวได้ รอบละ 2 เดือน แต่ไม่เกิน 3 รอบในปีบัญชีสหกรณ์ รายละเอียดตามตารางที่กำหนดนี้

ลำดับ	เดือนที่ยื่นเอกสาร	ยื่นคำขอพักชำระหนี้	ระยะเวลาการพักชำระหนี้(เฉพาะเงินต้น) 2 เดือน แต่ไม่เกิน 3 รอบ ในปีบัญชีสหกรณ์		
			รอบ 1	**รอบ 2**	**รอบ 3**
1	มกราคม 2564	วันที่ 15-25 มกราคม 2564 **(ในวันทำการ เวลา 08.30-16.00 น.)**	กุมภาพันธ์-มีนาคม 2564	พฤษภาคม-มิถุนายน 2564	สิงหาคม-กันยายน 2564
2	กุมภาพันธ์ 2564	วันที่ 1-25 กุมภาพันธ์ 2564 **(ในวันทำการ เวลา 08.30-16.00 น.)**	มีนาคม-เมษายน 2564	มิถุนายน-กรกฎาคม 2564	กันยายน 2564
3	มีนาคม 2564	วันที่ 1-25 มีนาคม 2564 **(ในวันทำการ เวลา 08.30-16.00 น.)**	เมษายน-พฤษภาคม 2564	กรกฎาคม-สิงหาคม 2564	

ทั้งนี้ ผู้ขอพักชำระหนี้ที่อยู่ระหว่างการพักชำระหนี้ จะขอกู้เงินสหกรณ์สัญญาที่พักชำระหนี้ไม่ได้ และไม่ยินยอมให้นำสลิปเงินเดือนคงเหลือไปกู้เงินจากสถาบันการเงินอื่นๆ รวมถึงเงินกู้บำเหน็จตกทอดโดยเด็ดขาด ให้สมาชิกที่ประสงค์จะพักชำระหนี้ยื่นแบบฟอร์มขอพักชำระหนี้ที่สหกรณ์กำหนด ได้ที่สำนักงานสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู จำกัด หรือกรรมการดำเนินการ โดยสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่ www.hnbpcoop.com

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 14 มกราคม 2564

(ดร.รติ บุญมาก)

ประธานกรรมการดำเนินการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู จำกัด

เอกสารที่แนบประกอบ
1.สำเนาบัตรผู้กู้พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
2.สำเนาบัตรผู้ค้ำประกันพร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง

คำร้องขอพักการชำระหนี้

วันที่.....

เรื่อง ขอพักการชำระหนี้

เรียนคณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข จ.หนองบัวลำภู จำกัด

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกเลขที่.....

สังกัด.....อำเภอ.....จังหวัด.....มีความประสงค์ขอพักชำระหนี้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจ.หนองบัวลำภู จำกัด เป็นระยะเวลา.....งวด ตามหนังสือสัญญาเงินกู้ที่ทำไว้กับสหกรณ์ฯ ดังนี้

( )สัญญากู้เลขที่.....ลงวันที่.....จำนวนเงินคงเหลือ.....บาท
( )สัญญากู้เลขที่.....ลงวันที่.....จำนวนเงินคงเหลือ.....บาท
( )สัญญากู้เลขที่.....ลงวันที่.....จำนวนเงินคงเหลือ.....บาท
( )สัญญากู้เลขที่.....ลงวันที่.....จำนวนเงินคงเหลือ.....บาท
( )สัญญากู้เลขที่.....ลงวันที่.....จำนวนเงินคงเหลือ.....บาท

เนื่องจากข้าพเจ้า ประสบปัญหาเกี่ยวกับการผ่อนชำระหนี้ดังกล่าว ด้วยเหตุผลและเอกสาร ดังนี้

.....

.....

และรับทราบข้อกำหนดตามประกาศของสหกรณ์ฯ **<u>โดยผู้ขอพักชำระหนี้ที่อยู่ระหว่างการพักชำระหนี้ จะขอกู้เงินสหกรณ์สัญญาที่พักชำระหนี้ไม่ได้ และไม่ยินยอมให้นำสลิปเงินเดือนคงเหลือไปกู้เงินจากสถาบันการเงินอื่นๆรวมถึงเงินกู้บำเหน็จตกทอด โดยเด็ดขาด</u>** ทั้งนี้ ผู้ขอพักชำระหนี้และผู้ค้ำประกันต้องลงลายมือชื่อต่อหน้าพยาน คือกรรมการดำเนินการ และสมาชิกสหกรณ์ เท่านั้น มีความประสงค์ขอพักการชำระหนี้ ดังนี้

ประจำเดือน	**ยื่นคำขอพักชำระหนี้**	**ระยะเวลาการพักชำระหนี้(เฉพาะเงินต้น) 2 เดือน แต่ไม่เกิน 3 รอบ ในปีบัญชีสหกรณ์**					
		รอบ 1		**รอบ 2**		**รอบ 3**	
มกราคม 2564	วันที่ 15-25 มกราคม 2564 **(ในวันทำการ เวลา 08.30-16.00 น.)**	..... (ลายมือชื่อ)	ก.พ.-มี.ค. 2564	..... (ลายมือชื่อ)	พ.ค.-มิ.ย. 2564	..... (ลายมือชื่อ)	ส.ค.-ก.ย. 2564
กุมภาพันธ์ 2564	วันที่ 1-25 กุมภาพันธ์ 2564 **(ในวันทำการ เวลา 08.30-16.00 น.)**	..... (ลายมือชื่อ)	มี.ค.-เม.ย. 2564	..... (ลายมือชื่อ)	มิ.ย.-ก.ค. 2564	..... (ลายมือชื่อ)	ก.ย. 2564
มีนาคม 2564	วันที่ 1-25 มีนาคม 2564 **(ในวันทำการ เวลา 08.30-16.00 น.)**	..... (ลายมือชื่อ)	เม.ย.-พ.ค. 2564	..... (ลายมือชื่อ)	ก.ค.-ส.ค. 2564		

ทั้งนี้ บุคคล ผู้ค้ำประกันหนี้ของข้าพเจ้า ได้รับทราบถึงเหตุผลความจำเป็นดังกล่าวแล้ว ขอยืนยันว่าเป็นความจริง ตกลง ยินยอมในการพักชำระหนี้ดังกล่าวนี้ และตกลงยินยอมค้ำประกันต่อไป จนกว่าผู้กู้จะชำระหนี้ครบถ้วน โดยไม่มีเงื่อนไขใดๆทั้งสิ้น ข้าพเจ้าและผู้ค้ำประกันจึงได้ลงลายมือชื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณาบันทึกนี้ ต่อคณะกรรมการฯขอได้โปรด พิจารณาอนุมัติด้วย(รายละเอียดแนบท้าย)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ขอแสดงความนับถือ

พยาน.....กรรมการดำเนินการ
(.....)

พยาน.....สมาชิกสหกรณ์
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้กู้/ผู้ขอพักชำระหนี้
(.....)โทร.....

..... เจ้าหน้าที่ผู้รับเรื่อง
...../...../.....

คำยินยอมของผู้ค้ำประกัน ข้าพเจ้าในฐานะผู้ค้ำประกันยินยอมให้.....(ผู้กู้) พักชำระหนี้ได้

เงินกู้ประเภท.....เลขที่สัญญา.....

ลงชื่อ.....ผู้ค้ำประกัน

(.....)

โทร.....

พยาน.....กรรมการดำเนินการ พยาน.....สมาชิกสหกรณ์

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

ความคิดเห็นเจ้าหน้าที่

.....

.....

.....

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่

(.....)

ความคิดเห็นผู้จัดการ

.....

.....

.....

ลงชื่อ..... ผู้จัดการ

(นางสาวรัตนา สร้อยกุดเรือ)

ความคิดเห็นของกรรมการ

เรียนประธานคณะกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข จ.หนองบัวลำภู จำกัด

คณะกรรมการได้ตรวจสอบหลักฐานและความจำเป็นประกอบการพิจารณา

ครบถ้วนถูกต้องแล้วเห็นควร ( )อนุมัติ ( )ไม่อนุมัติ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....กรรมการ ลงชื่อ.....กรรมการ ลงชื่อ.....กรรมการ

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

ความคิดเห็นของประธานกรรมการ

( )อนุมัติ ( )ไม่อนุมัติ ลงชื่อ.....ประธานกรรมการ

(ดร.รติ บุญมาก)