



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด  
NAN PUBLIC HEALTH SAVING AND CREDIT COOPERATIVE LIMITED  
๔๘๐ หมู่ที่ ๕ บ้านทุ่งเศรษฐี ตำบลผาสิงห์ อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน ๕๕๐๐๐  
โทร. ๐-๕๕๗๑-๘๘๖๖-๗, ๐-๘๘๕๕-๓๐๐๓-๒ โทรสาร ๐-๕๕๗๑-๘๘๖๖ ต่อ ๑๐๘

## ประกาศ

### สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

#### เรื่อง แนวทางการช่วยเหลือสมาชิกที่ได้รับผลกระทบจากภาวะค่าครองชีพสูง สืบเนื่องมาจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สืบเนื่องการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบรุนแรงในวงกว้างต่อธุรกิจ รวมถึงสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด และครอบครัว ทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพสูงอันเนื่องมาจากราคาสินค้าอุปโภคบริโภคปรับตัวสูงขึ้น ประกอบกับบุคคลในครอบครัวถูกเลิกจ้างงานหรือถูกพักงานชั่วคราว นั้น

เพื่อเป็นการบรรเทาความเดือดร้อนของสมาชิกสหกรณ์ฯ และครอบครัว อาศัยอำนาจตามความในระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ว่าด้วยการให้เงินกู้แก่สมาชิก และดอกเบี้ยเงินกู้ พ.ศ.2562 ประกอบกับประกาศนายทะเบียนสหกรณ์ เรื่อง มาตรการให้ความช่วยเหลือด้านหนี้สินและการปรับโครงสร้างหนี้ของสมาชิกสหกรณ์ ลงวันที่ 30 มีนาคม 2563 และมติคณะกรรมการดำเนินการชุดที่ 30 ในการประชุม ครั้งที่ 4/2563 เมื่อวันที่ 3 เมษายน 2563 ได้มีมติเห็นชอบกำหนดแนวทางการช่วยเหลือสมาชิกที่อาจได้รับผลกระทบจากภาวะค่าครองชีพสูงอันเนื่องมาจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นกรณีพิเศษ ดังต่อไปนี้

1. สมาชิกที่ประสงค์จะขอผ่อนผันการชำระหนี้ให้ยื่นคำขอตามแบบฟอร์มที่กำหนดและแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนที่รับรองสำเนาถูกต้องของผู้กู้ 1 ฉบับ
2. ให้สมาชิกขอผ่อนผันการชำระหนี้เงินกู้ได้เฉพาะสัญญากู้ยืมสามัญเพียง 1 สัญญา เท่านั้น
3. สหกรณ์ฯ จะให้สมาชิกขอผ่อนผันการชำระหนี้ได้ไม่เกิน 3 เดือน ทั้งนี้การผ่อนผันการชำระหนี้เป็นเพียงช่วงระยะเวลาที่สมาชิกได้รับผลกระทบในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่านั้น
4. ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ค้ำประกันเงินกู้ยืมทุกรายสำหรับสัญญาเงินกู้ที่จะขอผ่อนผันการชำระหนี้
5. ในระหว่างที่ได้รับอนุมัติให้ผ่อนผันการชำระหนี้ สมาชิกยังมีหน้าที่ต้องชำระดอกเบี้ยเงินกู้ยืมตามปกติ จะดส่งชำระดอกเบี้ยเงินกู้ยืมไม่ได้
6. สมาชิกสามารถยื่นคำขอผ่อนผันการชำระหนี้ได้ 3 เดือน ดังนี้

รอบที่ 1 แจ้งความประสงค์ภายในวันที่ 20 เมษายน 2563 (ได้สิทธิ์ผ่อนผันการชำระเงินต้นเงินกู้สามัญ 3 เดือน พฤษภาคม - กรกฎาคม 2563)

รอบที่ 2 แจ้งความประสงค์ภายในวันที่ 20 พฤษภาคม 2563 (ได้สิทธิ์ผ่อนผันการชำระเงินต้นเงินกู้สามัญ 3 เดือน มิถุนายน - สิงหาคม 2563)

7. สมาชิกผู้ขอพักชำระหนี้ ที่อยู่ระหว่างการพักชำระหนี้ จะขอกู้เงินสหกรณ์ฯ สัญญาที่พักชำระหนี้ไม่ได้ และไม่ยินยอมให้นำไปรับรองเงินเดือนคงเหลือไปกู้เงินจากสถาบันการเงินอื่นๆ รวมถึงเงินกู้บำเหน็จตกทอดโดยเด็ดขาด

ทั้งนี้ สมาชิกสามารถดาวน์โหลดเอกสารคำขอผ่อนผันการชำระหนี้ ได้ที่เว็บไซต์ของสหกรณ์ฯ ([www.nphcoop.com](http://www.nphcoop.com).) และเพื่อเป็นการให้ความร่วมมือในการป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ท่านหลีกเลี่ยงการเดินทางมายังสหกรณ์ฯ โดยสมาชิกสามารถส่งหนังสือแสดงความจำนงได้ที่คณะกรรมการของสหกรณ์ฯ หรือผู้แทนหน่วยงานของสหกรณ์ฯ ในสังกัดของสมาชิกได้

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 7 เมษายน พ.ศ. 2563



(นายอานันต์ ศิริ)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด



## คำขอผ่อนผันการชำระหนี้เงินกู้ยืม

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2563

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

ข้าพเจ้า .....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

เลขทะเบียนสมาชิกที่.....สังกัด.....อยู่บ้านเลขที่.....

ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

เนื่องจากข้าพเจ้าและครอบครัว ได้รับผลกระทบจากภาวะการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนี้.....

จึงมีความประสงค์ขอผ่อนผันการชำระหนี้เงินกู้ยืม โดยขอส่งเฉพาะดอกเบี้ยในหนี้เงินกู้ตามสัญญากู้สามัญ ประเภท.....สัญญาเลขที่..... เป็นระยะเวลา 3 เดือน นับตั้งแต่วันที่.....ถึงงวดประจำเดือน.....

เมื่อได้อนุมัติแล้วข้าพเจ้าตกลงจะปฏิบัติตามข้อกำหนดการผ่อนผันการชำระหนี้ และจะไม่นำเงินคงเหลือ ไปแสดงเพื่อขอกู้ยืมเงินจากสถาบันการเงินอื่น ทั้งนี้เมื่อครบกำหนดที่ได้รับการผ่อนผันแล้วข้าพเจ้าจะผ่อนชำระให้กับ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด เรียกเก็บงวดผ่อนชำระตามเดิม หรือให้ปรับงวดชำระตามที่เห็นสมควร โดยไม่ต้องแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ ทั้งนี้ผู้ค้ำประกันเงินกู้ยืมได้ตกลงยินยอมให้ข้าพเจ้าได้รับการผ่อนผันการชำระหนี้แล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้ขอ/ผู้กู้

(.....)

### ความคิดเห็นของคณะกรรมการ

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการ

คณะกรรมการเงินกู้ได้ตรวจสอบคำร้องและความจำเป็นแล้ว

เห็นควร ( ) อนุมัติ ( ) ไม่อนุมัติ

จึงเรียนเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ประธานคณะกรรมการเงินกู้

(นายนิกร วีระ)

วันที่.....

มีผลตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2563

### คำวินิจฉัยของคณะกรรมการอำนวยการ

( ) อนุมัติตามมติที่ประชุมวันที่.....

( ) ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....รองประธานกรรมการคนที่ 3

(นายวิทยา ศรีวิชัยอินทร์)

วันที่ .....

ลงชื่อ.....ประธานกรรมการ

(นายอนันต์ ศิริ)

วันที่ .....



## บันทึกผู้ค้ำประกัน

ข้าพเจ้าผู้มีรายชื่อลงนามทำนัยนี้เป็นผู้ค้ำประกันเงินกู้ยืมสัญญาดังกล่าวข้างต้น ตามที่สหกรณ์  
ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด พิจารณาคำขอผ่อนผันการชำระหนี้ของ.....  
สมาชิกเลขที่..... ตามสัญญาเงินกู้สามัญ..... สัญญาเลขที่.....  
ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้สหกรณ์ผ่อนผันการชำระหนี้ดังกล่าว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ)..... ผู้ค้ำประกัน  
(.....)  
สมาชิกเลขที่ ..... เบอร์โทร.....

(ลงชื่อ)..... ผู้ค้ำประกัน  
(.....)  
สมาชิกเลขที่ ..... เบอร์โทร.....

(ลงชื่อ)..... ผู้ค้ำประกัน  
(.....)  
สมาชิกเลขที่ ..... เบอร์โทร.....

(ลงชื่อ)..... ผู้ค้ำประกัน  
(.....)  
สมาชิกเลขที่ ..... เบอร์โทร.....

(ลงชื่อ)..... ผู้ค้ำประกัน  
(.....)  
สมาชิกเลขที่ ..... เบอร์โทร.....

(ลงชื่อ)..... พยาน  
(.....)  
สมาชิกเลขที่ ..... เบอร์โทร.....

(ลงชื่อ)..... ผู้กู้  
(.....)

### ส่วนของเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ..... ผู้บันทึก  
(.....)  
วันที่.....

ลงชื่อ..... ผู้ตรวจ / ผู้ช่วยผู้จัดการ  
(.....)  
วันที่.....

มีผลตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ.2563





## บันทึกผู้ค้าประกัน

ข้าพเจ้าผู้มีรายชื่อลงนามทำนุนี้เป็นผู้ค้าประกันเงินกู้ยืมสัญญาดังกล่าวข้างต้น ตามที่สหกรณ์  
ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด พิจารณาคำขอผ่อนผันการชำระหนี้ของ.....  
สมาชิกเลขที่..... ตามสัญญาเงินกู้สามัญ.....สัญญาเลขที่.....  
ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้สหกรณ์ผ่อนผันการชำระหนี้ดังกล่าว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ)..... ผู้ค้าประกัน  
(.....)  
สมาชิกเลขที่ ..... เบอร์โทร.....

(ลงชื่อ)..... พยาน  
(.....)  
สมาชิกเลขที่ ..... เบอร์โทร.....

(ลงชื่อ)..... ผู้กู้  
(.....)

### ส่วนของเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....ผู้บันทึก  
(.....)  
วันที่.....  
มีผลตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2563

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ / ผู้ช่วยผู้จัดการ  
(.....)  
วันที่.....

\*\*\* กรณีผู้ค้าประกันอยู่คนละหน่วยงาน