

ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

เรื่อง กำหนดวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตัดหนี้เป็นสูญของกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
ตามระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ

ว่าด้วยการตัดหนี้เป็นสูญ พ.ศ. ๒๕๕๓ (ฉบับที่ ๒)

พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เห็นเป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการติดตาม การเร่งรัด การดำเนินคดี และการตัดหนี้เป็นสูญของกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับบทบัญญัติแห่งกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ของระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยการตัดหนี้เป็นสูญ พ.ศ. ๒๕๕๓ ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตัดหนี้เป็นสูญของกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ตามระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยการตัดหนี้เป็นสูญ พ.ศ. ๒๕๕๓ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๖”

ข้อ ๒ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความในข้อ ๑ แห่งประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตัดหนี้เป็นสูญของกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ตามระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยการตัดหนี้เป็นสูญ พ.ศ. ๒๕๕๓ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๑ ในประกาศนี้

“กองทุน” หมายความว่า กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะอนุกรรมการกลั่นกรองการตัดหนี้เป็นสูญ

“อธิบดี” หมายความว่า อธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

“กรม” หมายความว่า กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และให้หมายความรวมถึง สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด”

ข้อ ๔ ให้ยกเลิกความในข้อ ๓ และข้อ ๔ แห่งประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตัดหนี้เป็นสูญของกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ตามระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยการตัดหนี้เป็นสูญ พ.ศ. ๒๕๕๓ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๓ การติดตามหนี้สินจากลูกหนี้ ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานกองทุนปฏิบัติ ดังนี้

(๑) ก่อนลงนามในสัญญาผู้ยืมเงินต้องแจ้งหลักเกณฑ์และวิธีการชำระหนี้ให้ผู้กู้ยืมและผู้ค้ำประกันทราบเพื่อถือปฏิบัติตามข้อกำหนดในสัญญาอย่างเคร่งครัด

(๒) ถ้าผู้กู้ยืมไม่ชำระเงินต้นไม่ว่างงวดใดให้ทวงถามเป็นหนังสือโดยการส่งทางไปรษณีย์ตอบรับ และแจ้งมูลหนี้และให้ชำระหนี้ที่ค้างชำระตามกำหนดเวลาในสัญญาและให้มีหนังสือบอกกล่าวไปยังผู้ค้ำประกันภายในหกสิบวันนับแต่วันที่ลูกหนี้ผิดนัด ทั้งนี้ ไม่ว่ากรณีจะเป็นประการใดจะเรียกให้ผู้ค้ำประกันชำระหนี้ก่อนที่หนังสือบอกกล่าวจะไปถึงผู้ค้ำประกันมิได้ แต่ไม่ตัดสิทธิผู้ค้ำประกันที่จะชำระหนี้เมื่อหนี้ถึงกำหนดชำระ

(๓) ในการทวงถามเป็นหนังสือ ให้ดำเนินการตรวจสอบที่อยู่ที่เป็นปัจจุบันของผู้กู้ยืมและผู้ค้ำประกันทุกรายจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง หรือสำนักทะเบียนราษฎรท้องถิ่นหรือท้องถิ่นด้วย

(๔) ให้รายงานผลการปฏิบัติเป็นหนังสือต่อผู้บังคับบัญชาเพื่อทราบทุกครั้ง พร้อมทั้งรวบรวมหลักฐานไว้ในทะเบียนลูกหนี้รายบุคคลด้วย

(๕) ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานกองทุนทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคดำเนินการจัดชั้นคุณภาพลูกหนี้ตามข้ออธิบัตกำหนด เพื่อสะดวกในการจัดการเร่งรัดหนี้สินอย่างเป็นระบบ เพื่อประโยชน์ในการป้องกันคดีขาดอายุความและรายงานผลให้คณะอนุกรรมการบริหารกองทุนหรือคณะอนุกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัดทราบทุกสามเดือน และมีบันทึกการส่งมอบงานในกรณีเปลี่ยนเจ้าหน้าที่รับผิดชอบ

ในการจัดชั้นคุณภาพลูกหนี้ตาม (๕) อย่างน้อยต้องประกอบด้วยรายการ ดังต่อไปนี้

ก. ลูกหนี้ชำระหนี้เป็นปกติ หมายถึง ลูกหนี้ที่ยังไม่ถึงกำหนดชำระหนี้ตามสัญญาหรือผิดนัดชำระไม่เกิน ๒ งวดติดต่อกัน

ข. ลูกหนี้ผิดนัดชำระหนี้ตั้งแต่ ๒ งวด ถึง ๖ งวด

ค. ลูกหนี้ผิดนัดชำระหนี้ตั้งแต่ ๖ งวด ถึง ๑๒ งวด

ง. ลูกหนี้ผิดนัดชำระหนี้ตั้งแต่ ๑๒ งวด ขึ้นไป

จ. ลูกหนี้ผิดนัดชำระหนี้โดยไม่เคยชำระหนี้เลย หรืออายุความเหลือน้อยกว่า ๖ เดือน

ข้อ ๔ การเร่งรัดหนี้สินจากผู้กู้ยืมและผู้ค้ำประกัน ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานกองทุนปฏิบัติดังนี้

(๑) กรณีดำเนินการตามข้อ ๓ แล้วพบว่า ผู้กู้ยืมไม่ชำระหนี้หรือไม่มีการตอบรับใด ๆ ให้จัดส่งเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน เพื่อศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหา สาเหตุที่ไม่ชำระหนี้ และประเมินความสามารถในการชำระหนี้และทรัพย์สินของผู้กู้ยืมและผู้ค้ำประกัน รวมทั้งแนะนำชี้แจงการชำระหนี้ โดยให้บันทึกการเยี่ยมบ้านตามแบบ (ลน.๑) ท้ายประกาศนี้ และดำเนินการให้ผู้กู้ยืมลงนามในหนังสือรับสภาพหนี้หรือรับสภาพความรับผิดชอบตามแบบ (ลน.๒) ท้ายประกาศนี้ และให้ดำเนินการภายใต้เงื่อนไขของสัญญาเดิม ทั้งนี้ เมื่อผู้กู้ยืมได้ลงนามแล้วให้มีหนังสือแจ้งผู้ค้ำประกันต่อไปด้วย

(๒) กรณีผู้กู้ยืมประสงค์จะปรับโครงสร้างหนี้โดยการขยายระยะเวลาการชำระหนี้ออกไป แม้จะเกินระยะเวลาที่กำหนดในสัญญาเดิมก็ให้ดำเนินการได้ตามแบบ (ลน.๓) ท้ายประกาศนี้ และให้ผู้ค้าประกันรายเดิมตกลงในการปรับโครงสร้างหนี้โดยลงนามตามแบบ (ลน.๔) ท้ายประกาศนี้ด้วย ทั้งนี้ กรณีผู้ค้าประกันรายเดิมไม่ตกลงด้วย ให้การขอปรับโครงสร้างหนี้เป็นพับ และดำเนินการตามระเบียบที่เกี่ยวข้องต่อไป

(๓) กรณีไม่สามารถดำเนินการตาม (๑) หรือ (๒) ได้ ให้เจ้าหน้าที่บันทึกปากคำผู้นำเชื่อถือ หรือผู้นำท้องถิ่นอย่างน้อยสองคนไว้เป็นพยานตามแบบ (ลน.๕) ท้ายประกาศนี้

(๔) กรณีไม่สามารถติดตามผู้กู้ยืมให้ชำระหนี้ได้ ให้มีหนังสือแจ้งผู้ค้าประกันชำระหนี้แทน

(๕) กรณีไม่ชำระหนี้เป็นเวลาติดต่อกันตั้งแต่สิบสองงวดขึ้นไป หรืออายุความเหลือไม่ถึงหกเดือน ให้ตรวจสอบข้อเท็จจริงพร้อมพิจารณาบอกเลิกสัญญาและเรียกเงินทั้งหมดคืน”

ข้อ ๕ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็นข้อ ๔/๑ แห่งประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตัดหนี้เป็นสูญของกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการตามระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยการตัดหนี้เป็นสูญ พ.ศ. ๒๕๕๓

“ข้อ ๔/๑ ในการดำเนินการของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานกองทุน ให้ถือปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการทวงถามหนี้อย่างเคร่งครัดด้วย”

ข้อ ๖ ให้ยกเลิกความในข้อ ๖ แห่งประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตัดหนี้เป็นสูญของกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการตามระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยการตัดหนี้เป็นสูญ พ.ศ. ๒๕๕๓ และให้ใช้ความต่อไปนี้เป็น

“ข้อ ๖ ในการดำเนินการตัดหนี้เป็นสูญ เมื่อดำเนินการครบถ้วนตามขั้นตอนในระเบียบแล้ว แต่ยังไม่ได้รับชำระหนี้ ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานกองทุนรายงานผลการปฏิบัติต่อกรม เพื่อแต่งตั้งคณะทำงาน ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของกรมอย่างน้อยสามคนทำหน้าที่ตรวจสอบข้อเท็จจริง และรวบรวมพยานหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับลูกหนี้แต่ละราย เพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงว่าเป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการตัดหนี้เป็นสูญหรือไม่ ทั้งนี้ ให้คณะทำงานสรุปผลการตรวจสอบข้อเท็จจริงตามแบบ (ลน.๖) ท้ายประกาศนี้ และพยานหลักฐานที่เกี่ยวข้องพร้อมเสนอความเห็นต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาต่อไป”

ประกาศ ณ วันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

อังคณา ใจกิจสุวรรณ

รองปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาสวัสดิการสังคมและคุณภาพชีวิต

ประธานอนุกรรมการบริหารกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านลูกหนี้ของกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ครั้งที่...../.....

สถานที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

๑. ชื่อผู้กู้ยืม (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
เลขที่สัญญา.....ลงวันที่.....ยอดเงินค้างชำระ.....บาท
(.....) ชำระครั้งสุดท้ายวันที่.....
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....ทรัพย์สินในปัจจุบันระบุ.....
.....มูลค่าประมาณ.....

๒. ชื่อผู้ค้ำประกัน (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
อาชีพปัจจุบัน.....ที่อยู่ปัจจุบัน.....
.....เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....
ทรัพย์สินในปัจจุบันระบุ.....มูลค่าประมาณ.....

๓. ชื่อผู้ให้ถ้อยคำ (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
ความสัมพันธ์กับผู้กู้ยืม/ผู้ค้ำประกัน.....(เฉพาะกรณีพบญาติพี่น้องของลูกหนี้)

๔. วัตถุประสงค์ของการกู้ยืม และผลการดำเนินงานในปัจจุบัน

๔.๑ วัตถุประสงค์ของการกู้ยืมเงิน.....

๔.๒ ผลการดำเนินการในปัจจุบัน.....

๕. สภาพปัญหาและสาเหตุที่ผิดนัดชำระหนี้/ไม่ชำระหนี้

๕. ข้อเสนอแนะแก่ลูกหนี้และผู้ที่เกี่ยวข้อง

ลงชื่อ.....ผู้ให้ถ้อยคำ
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน
(.....)

หมายเหตุ ผู้ให้ถ้อยคำลงลายมือชื่อไม่มีผลผูกพันต่อหนี้

สำหรับเจ้าหน้าที่

สรุปผลการทวงหนี้และประเมินความสามารถในการชำระหนี้และทรัพย์สินของลูกค้าหนี้

[illegible]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน
(.....)

แบบหนังสือรับสภาพหนี้ / ความรับผิดชอบกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ทำที่

วันที่ เดือน พ.ศ.....

เรียน ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์/ผู้ว่าราชการจังหวัด.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)นามสกุล..... อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่ หมู่ ถนน แขวง/ตำบล อำเภอ/เขต
จังหวัด บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่
ออกให้เมื่อวันที่ ออกให้โดย หมุดอายุวันที่
ซึ่งได้กู้ยืมเงินจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยมี (นาย/นาง/นางสาว)
นามสกุล อายุ ปี อยู่บ้านเลขที่ หมู่ ถนน.....
แขวง/ตำบล อำเภอ/เขต จังหวัด
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ ออกให้เมื่อวันที่
ออกให้โดย หมุดอายุวันที่ เป็นผู้ค้ำประกัน ตามสัญญาเลขที่
ลงวันที่ เป็นจำนวนเงิน บาท (.....)
โดยจะผ่อนชำระเป็นรายเดือน/งวดละ บาท (.....) รวมทั้งสิ้น เดือน/งวด
ซึ่งมีกำหนดชำระครั้งแรกเมื่อวันที่ ในปัจจุบันยังคงค้างชำระอยู่จำนวน เดือน/งวด
รวมเป็นเงิน บาท (.....) นั้น

ในการนี้ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ขอยอมรับว่ายังคงมีหนี้ค้างชำระ
กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ซึ่งข้าพเจ้าจำต้องชำระจำนวน บาท
(.....) โดยจะผ่อนชำระเป็นรายเดือน/งวดละ บาท
(.....) รวมทั้งสิ้น เดือน/งวด กำหนดชำระภายในวันที่.....
ของทุกเดือน จะเริ่มชำระภายในวันที่ เดือน พ.ศ..... จนกว่าจะชำระหนี้ครบถ้วน
และหากข้าพเจ้าผิดนัดชำระหนี้งวดใดงวดหนึ่ง ให้ถือว่าผิดนัดชำระหนี้ทั้งหมด ผู้ให้ยืมมีสิทธิบอกเลิกสัญญาและเรียกให้
ชำระหนี้ทั้งหมดได้ ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอยอมรับค่าเสียหาย รวมทั้งค่าใช้จ่ายและค่าฤชาธรรมเนียมในการติดตามทวงถาม
ดำเนินการ เพื่อบังคับชำระหนี้ด้วย และให้ถือว่าสัญญาเป็นอันเลิกกันโดยมิต้องบอกกล่าวและให้ข้าพเจ้าชำระหนี้
ที่ยังคงค้างไว้ทั้งหมด

ข้าพเจ้าได้อ่านและมีความเข้าใจหนังสือรับสภาพหนี้ฉบับนี้ด้วยดี โดยตลอดแล้วจึงได้ลงลายมือชื่อไว้
เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ผู้รับสภาพหนี้/ความรับผิดชอบ
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

แบบหนังสือขอปรับโครงสร้างหนี้ของผู้กู้ยืมเงิน
กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ทำที่

วันที่ เดือน พ.ศ.....

เรียน ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์/ผู้ว่าราชการจังหวัด.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล อายุ ปี
อยู่บ้านเลขที่ หมู่ ถนน แขวง/ตำบล อำเภอ/เขต
จังหวัด บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่
ออกให้เมื่อวันที่ ออกให้โดย หมุดอายุวันที่
ซึ่งได้กู้ยืมเงินจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยมี (นาย/นาง/นางสาว)
นามสกุล อายุ ปี อยู่บ้านเลขที่ หมู่ ถนน
แขวง/ตำบล อำเภอ/เขต จังหวัด
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ ออกให้เมื่อวันที่
ออกให้โดย หมุดอายุวันที่ เป็นผู้ค้ำประกัน ตามสัญญาเลขที่
ลงวันที่ เป็นจำนวนเงิน บาท (.....)
โดยจะผ่อนชำระเป็นรายเดือน/งวด ละ บาท (.....) รวมทั้งสิ้น เดือน/งวด
ซึ่งมีกำหนดชำระครั้งแรกเมื่อวันที่ ในปัจจุบันยังคงค้างชำระอยู่จำนวน เดือน/งวด
รวมเป็นเงิน บาท (.....) นั้น

ในการนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ขอยอมรับว่ายังคงมีหนี้
ค้างชำระกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ซึ่งข้าพเจ้าจำต้องชำระจำนวนบาท
(.....) โดยจะผ่อนชำระเป็นรายเดือน/งวด ละ บาท
(.....) รวมทั้งสิ้น เดือน/งวด กำหนดชำระภายในวันที่ ๕
ของทุกเดือน จะเริ่มชำระภายในวันที่ เดือน พ.ศ..... และกำหนดชำระ
งวดสุดท้ายภายในวันที่ เดือน พ.ศ.....

หากข้าพเจ้าผิดนัด ชำระหนี้งวดใดงวดหนึ่งให้ถือว่าผิดข้อตกลงหนังสือปรับโครงสร้างหนี้ โดยยินยอม
เสียดอกเบี้ยในต้นเงินที่ค้างอยู่ในอัตราร้อยละ ๕ ต่อปี รวมทั้งค่าใช้จ่ายและค่าฤชาธรรมเนียมในการติดตาม
ทวงถาม ดำเนินการ เพื่อบังคับชำระหนี้ด้วย และให้ถือว่าสัญญาเป็นอันเลิกกันโดยมิต้องบอกกล่าวและให้ข้าพเจ้า
ชำระหนี้ที่ยังคงค้างไว้ทั้งหมด

- ๒ -

ในการนี้ผู้ค้าประกันได้ตกลงด้วยในการปรับโครงสร้างหนี้ตามรายละเอียดข้างต้น โดยข้าพเจ้า พร้อมด้วยผู้ค้าประกันได้อ่านและมีความเข้าใจหนังสือปรับโครงสร้างหนี้ฉบับนี้ทุกประการโดยตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ผู้กู้ยืม
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

หมายเหตุ : ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของลูกค้าหนี้และผู้ค้าประกันพร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้องด้วยตัวเองแนบท้ายหนังสือฉบับนี้

แบบหนังสือตกลงให้ผู้กู้ยืมปรับโครงสร้างหนี้ของผู้ค้าประกัน

กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ทำที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์/ผู้ว่าราชการจังหวัด.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล อายุ ปี
อยู่บ้านเลขที่ หมู่ ถนน แขวง/ตำบล อำเภอ/เขต
จังหวัด บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่
ออกให้เมื่อวันที่ ออกให้โดย หหมดอายุวันที่ ซึ่งเป็น
ผู้ค้าประกันการกู้ยืมเงินจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ของ(นาย/นาง/นางสาว).....
นามสกุลอายุ ปี อยู่บ้านเลขที่ หมู่ ถนน
แขวง/ตำบล อำเภอ/เขต จังหวัด
ตามสัญญาเลขที่ลงวันที่ เป็นจำนวนเงิน บาท
(.....) และยังคงมีหนี้ค้างชำระกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
จำนวน บาท (.....) ได้ตกลงให้นาย/นาง/นางสาว
.....ผู้กู้ยืมปรับโครงสร้างหนี้ในครั้งนี้ และเห็นชอบกับการผ่อนชำระใหม่เป็นรายเดือน/งวด ละ
..... บาท (.....) รวมทั้งสิ้น เดือน/งวด กำหนดชำระ
ภายในวันที่ ๕ ของทุกเดือน เริ่มชำระภายในวันที่ เดือน พ.ศ..... และกำหนดชำระ
งวดสุดท้ายภายในวันที่ เดือน พ.ศ.....

ในการนี้ ข้าพเจ้าในฐานะผู้ค้าประกันได้อ่านและมีความเข้าใจหนังสือปรับโครงสร้างหนี้ของผู้กู้ยืมและหนังสือ
ฉบับนี้ทุกประการ โดยตลอดแล้ว ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ผู้ค้าประกัน

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

หมายเหตุ : ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ค้าประกันพร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้องด้วยตัวเองแนบท้ายหนังสือฉบับนี้

แบบบันทึกถ้อยคำบุคคลน่าเชื่อถือ/ผู้นำท้องถิ่นเกี่ยวกับลูกหนี้
กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ครั้งที่...../.....
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้อมูลของผู้ให้ถ้อยคำ

สำหรับเจ้าหน้าที่

ผู้เยี่ยม (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี เลขที่สัญญา.....
ลงวันที่.....ยอดเงินค้างชำระ.....บาท (.....)
ณ วันที่.....บ้านเลขที่.....หมู่บ้าน.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....
ผู้ค้าประกัน (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี อาชีพ.....
บ้านเลขที่.....หมู่บ้าน.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

๑. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....อาชีพ.....
ตำแหน่งปัจจุบัน.....ที่อยู่ปัจจุบัน.....
.....

๒. ข้าพเจ้า

- ☐ รู้จักกับผู้เยี่ยม/ผู้ค้าประกัน
☐ ไม่รู้จักกับลูกหนี้ เนื่องจาก.....

๓. ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับลูกหนี้ (ผู้เยี่ยมและผู้ค้าประกัน)

.....
.....
.....
.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อต่อหน้าเจ้าหน้าที่ไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ถ้อยคำ
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่/ผู้บันทึก
(.....)

รายงานการสอบข้อเท็จจริงเพื่อยุติคดีเป็นสุญ
ของกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง การสอบข้อเท็จจริงกรณีการยุติคดีเป็นสุญ

เรียน คณะอนุกรรมการกลั่นกรองการยุติคดีเป็นสุญ

ด้วยคณะทำงานกลั่นกรองการยุติคดีเป็นสุญประจำสำนักงาน.....
ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริงและรวบรวมพยานหลักฐานที่เกี่ยวข้องเรียบร้อยแล้ว ปรากฏรายละเอียดดังนี้

๑. ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับลูกหนี้

๑.๑ ชื่อผู้กู้ยืม (นาย/นาง/นางสาว).....
ที่อยู่.....

๑.๒ ชื่อผู้ค้ำประกัน (นาย/นาง/นางสาว).....
ที่อยู่.....

๑.๓ สัญญาเลขที่.....ลงวันที่.....วงเงินกู้ยืม.....บาท
(.....) ยอดค้างชำระ.....บาท
(.....)

๒. ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับลูกหนี้ที่เป็นเหตุแห่งการยุติคดีเป็นสุญ (ปรับข้อเท็จจริงเข้ากับระเบียบด้วย)

.....
.....
.....
.....

๓. การดำเนินการของเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานกองทุน

.....
.....
.....
.....

๔. พยานหลักฐาน

- | | |
|---|----------------|
| (๑) หนังสือทวงถามและสั่งให้ชำระหนี้ | จำนวน.....แผ่น |
| (๒) บันทึกติดตามเยี่ยมบ้าน (แบบ ลน.๑) ภาพถ่าย | จำนวน.....แผ่น |
| (๓) หนังสือรับสภาพหนี้/ความรับผิดชอบ (แบบ ลน.๒) | จำนวน.....แผ่น |
| (๔) บันทึกถ้อยคำบุคคลที่น่าเชื่อถือหรือผู้นำท้องถิ่น (แบบ ลน.๕) | จำนวน.....แผ่น |
| (๕) พยานเอกสารที่เกี่ยวข้อง ระบุ | จำนวน.....แผ่น |

๕. ความเห็นเบื้องต้นของคณะกรรมการคัดค้านการตัดหนี้เป็นสูญ

ได้ตรวจสอบข้อเท็จจริงโดยพิจารณาจากพยานหลักฐานแล้ว เห็นว่า

.....

.....

.....

.....

.....

ทั้งนี้ ได้ส่งสำนวนการสอบข้อเท็จจริงดังกล่าว จำนวน.....ชุด มาพร้อมนี้ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ประธานคณะกรรมการ
(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....คณะกรรมการ
(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....คณะกรรมการ
(.....)

ตำแหน่ง.....