



กระทรวงสาธารณสุข
หนังสือยินยอมให้หักเงินเดือน

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

วันที่.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

ข้าพเจ้า สังกัด..... ตำแหน่ง
..... ได้รับเงินเดือนเดือนละบาท เงินคงเหลือสุทธิ
..... บาท (.....) ได้ยื่นเรื่องขอกู้เงินจาก บมจ.ธนาคาร
.....จำนวนเงินกู้บาท (.....)ยินยอมให้
หัวหน้าการเงินของหน่วยงานที่ข้าพเจ้าสังกัดหักเงินเดือน ค่าจ้างประจำ ค่าตอบแทนและเงินพึงได้อื่นใดที่ได้รับ
จากกระทรวงเป็นจำนวนที่แน่นอนและมีกำหนดจ่ายเป็นรายเดือน ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ได้รับจากหน่วยงานที่
ข้าพเจ้าสังกัด เพื่อชำระหนี้ตามสัญญากู้เงินไม่ว่าจะเป็นหนี้ เงินต้น ดอกเบี้ย ค่าอุปกรณ์แห่งนี้และเสียหาย
ตามที่ปรากฏในสัญญาได้เต็มจำนวน

ทั้งนี้โดยไม่จำเป็นต้องบอกกล่าวให้ผู้ให้คำยินยอมทราบล่วงหน้าก่อน และ ในกรณีที่ข้าพเจ้า
ย้ายหน่วยงาน ข้าพเจ้ายินยอมให้หัวหน้าการเงินของหน่วยงานที่ข้าพเจ้าสังกัดใหม่หักเงินเดือน ค่าจ้างประจำ
ค่าตอบแทนและเงินพึงได้อื่นใดที่ได้รับจากกระทรวงเป็นจำนวนที่แน่นอนและมีกำหนดจ่ายเป็นรายเดือน
ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ได้รับจากหน่วยงานที่ข้าพเจ้าสังกัดใหม่ เพื่อชำระหนี้ดังกล่าวให้ธนาคารต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำยินยอม(ผู้กู้)
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน(ผู้บังคับบัญชา)
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน(ผอ.กองคลัง/หัวหน้าการเงิน)
(.....)

*หัวหน้าหน่วยงานต้นสังกัด ในภูมิภาค หมายถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, สาธารณสุขอำเภอ, นายแพทย์
สาธารณสุขจังหวัด

กองในส่วนกลาง หมายถึง ปลัดกระทรวง/อธิบดี(ผ่านกองบริหารการคลัง)

แบบสอบถามข้อมูลผู้เข้าร่วมโครงการสร้างเสริมสุขภาพทางการเงิน (Happy Money Program)

ราย นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
ตำแหน่ง.....สังกัด.....
วันที่.....โทร.....

ข้อมูล/รายละเอียดการเข้าร่วมโครงการ

1. เหตุผลของการกู้ยืมเงินตามโครงการฯ
 - 1.1 Refinance จากธนาคาร (เดิม)..... มาเป็นธนาคาร (ใหม่).....
 - 1.2 บ้านหลังใหม่ จากธนาคาร.....
 - 1.3 หนี้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข.....
 - 1.4 จำนวนเงินที่ขอกู้.....ระยะเวลาชำระหนี้.....ปี
 - 1.5 จำนวนเงินที่ชำระหนี้รายเดือน (เดิม)...../(ใหม่).....
 - 1.6 เงินเดือนปัจจุบัน.....
 - 1.7 เงินเดือนคงเหลือ.....
 - 1.8 หนังสือยินยอมให้หักเงินเดือน (เอกสารหมายเลข 2)
2. เข้าหลักเกณฑ์ตามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด
 2.1 สิ้นเชื่อความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัย (Refinance/บ้านหลังใหม่)
 2.2 การประนอมหนี้สิน
3. ส่งเอกสาร ข้อ 1.8 พร้อมแบบสอบถามข้อมูลฯ กลับคืนให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)