แบบสอบถามข้อมูลสมาชิก "โครงการคลินิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด"

ข้อมูลสมาชิกเข้าร่วมโครงการคลินิก

1. ข้อมูลส่วนตัว

ชื่อ ..... นามสกุล .....เลขทะเบียน .....

อายุ ..... ปี สังกัดหน่วยงาน .....อยู่บ้านเลขที่ .....

ถนน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต .....

จังหวัด ..... โทรศัพท์ .....

2. ข้อมูลคู่สมรส

ชื่อ ..... นามสกุล .....

☐ มีรายได้..... บาท/เดือน ☐ ไม่มีรายได้

จำนวนบุตรทั้งหมด ..... คน กำลังศึกษาอยู่ ..... คน ทำงานแล้ว.....คน

จำนวนผู้ที่อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู (ไม่รวมบุตร).....คน

3. ข้อมูลด้านการเงิน

รายได้

☐ เงินได้รายเดือนของสมาชิก ..... บาท/เดือน

☐ รายได้อื่นๆ ..... บาท/เดือน

รวมเงินได้รายเดือน ..... บาท/เดือน

ค่าใช้จ่ายประจำเดือน

☐ ผ่อนชำระที่อยู่อาศัย ..... บาท/เดือน

☐ ผ่อนชำระรถยนต์/จักรยานยนต์ ..... บาท/เดือน

☐ ผ่อนชำระหนี้อื่นๆ (นอกเหนือจากสหกรณ์) .....บาท/เดือน

☐ ค่าใช้จ่ายอื่นๆ/ค่าสาธารณูปโภค.....บาท/เดือน

☐ สหกรณ์ ..... บาท/เดือน

☐ ชำระหนี้แทนผู้กู้ในฐานะผู้ค้ำประกัน.....บาท/เดือน

รวมค่าใช้จ่าย.....บาท/เดือน

4. ข้อมูลด้านสหกรณ์

เป็นสมาชิกสหกรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. ..... รวม ..... ปี

ส่งเงินค่าหุ้นรายเดือน จำนวน .....บาท/เดือน

มีเงินฝากรายเดือนดังนี้

☐ เงินฝากประจำ จำนวน ..... บาท/เดือน

☐ เงินฝากออมทรัพย์พิเศษ จำนวน ..... บาท/เดือน

☐ เงินฝากออมทรัพย์พิเศษ เกษียณเปี่ยมสุข จำนวน ..... บาท/เดือน

☐ เงินฝากออมทรัพย์พิเศษ ทวีทรัพย์ จำนวน ..... บาท/เดือน

☐ เงินฝากออมทรัพย์พิเศษ 30 ปี มีเงินล้าน จำนวน ..... บาท/เดือน

มีหนี้เงินกู้ดังนี้

☐ เงินกู้ฉุกเฉิน จำนวน .....บาท

☐ เงินกู้สามัญ สัญญาที่ 1 จำนวน .....บาท

☐ เงินกู้สามัญ สัญญาที่ 2 จำนวน .....บาท

☐ เงินกู้พิเศษ จำนวน .....บาท

☐ เงินกู้อื่น ๆ ตามโครงการของสหกรณ์ฯ จำนวน .....บาท

ระยะเวลาที่ขอกู้

☐ กู้ทุก 6 เดือน

☐ กู้ทุก 12 เดือน

☐ กู้เกินกว่า 12 เดือน

ภาระค้ำประกันเงินกู้สมาชิกอื่น

1. ..... จำนวนเงินค้ำประกัน ..... บาท

2. ..... จำนวนเงินค้ำประกัน ..... บาท

3. ..... จำนวนเงินค้ำประกัน ..... บาท

4. ..... จำนวนเงินค้ำประกัน ..... บาท

5. เหตุผลที่ต้องเข้าคลินิก

☐ กู้ต่อเนื่อง (กู้ทุก 6 เดือน) และมีรายได้เหลือไม่พอใช้จ่าย

☐ ต้องรับชำระหนี้แทนผู้กู้

☐ อื่น ๆ .....

6. จากข้อ 5. ท่านมีความประสงค์ให้สหกรณ์ช่วยเหลือในเรื่องอะไร อย่างไร (อธิบาย)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. เอกสารประกอบการพิจารณา

☐ สลิปเงินเดือน ☐ รายละเอียดค่าใช้จ่ายรายเดือน

☐ อื่นๆ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้ไว้ข้างต้นถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ ..... ผู้ขอเข้าร่วมโครงการ

(.....)

<u>ความเห็นของกรรมการผู้คัดกรอง</u>

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....