ที่ ศธ ๐๕๘๔/ ๕

ถึง หัวหน้าหน่วยงานในสังกัดมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย

พร้อมหนังสือฉบับนี้ กองคลัง สำนักงานอธิการบดี ขอส่งสำเนาหนังสือ จำนวน ๓ ฉบับ ดังต่อไปนี้

๑. หนังสือกรมสรรพากร เลขที่ข่าว ปชส.๗/๒๕๖๒ วันที่แถลงข่าว ๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ เรื่อง ส่งเสริมคนไทยมีลูกเพิ่มค่าลดหย่อนบุตรตั้งแต่คนที่ ๒ เป็น ๖๐,๐๐๐ บาท

๒. หนังสือสำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา จังหวัดสงขลา ที่ ศธ ๕๒๑๐๕๗/ว.๐๗๕๓ ลงวันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๑ เรื่อง ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค.-ช.พ.ส. เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมประกาศการเปิดรับสมัครสมาชิกฯ เป็นกรณีพิเศษเนื่องในโอกาสครบรอบ ๑๕ ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค.

๓. หนังสือธนาคารอิสลามแห่งประเทศไทย ที่ ธอท.ผขอ.๐๑๖๑/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ เรื่อง แจ้งเปลี่ยนแปลงหลักเกณฑ์และเงื่อนไขโครงการสินเชื่อสวัสดิการบุคลากร MOU

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบ ต่อไป โดยสามารถดูรายละเอียดของข้อมูลได้ที่ หัวข้อประชาสัมพันธ์ http://finance.rmutsv.ac.th

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย

๖ มกราคม ๒๕๖๒

งานการเงินและเบิกจ่าย กองคลัง สำนักงานอธิการบดี
โทร. ๐ ๗๔๓๑ ๗๑๑๕
โทรสาร ๐ ๗๔๓๑ ๗๑๑๕

กรมสรรพากร

Revenue Department News

เลขที่ข่าว ปชส. ๗ /๒๕๖๒
วันที่แถลงข่าว ๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๑
เรื่อง ส่งเสริมคนไทยมีลูกเพิ่มค่าลดหย่อนบุตรตั้งแต่คนที่ ๒ เป็น ๖๐,๐๐๐ บาท

นางหัสกาญจน์ ภิงคารวัฒน์ เลขานุการกรม ในฐานะรองโฆษกกรมสรรพากร เปิดเผยว่า "เมื่อวันที่ ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ เว็บไซต์ราชกิจจานุเบกษา ได้เผยแพร่พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลรัษฎากร (ฉบับที่ ๔๖) กำหนดสิทธิประโยชน์การลดหย่อนสำหรับบุตรตั้งแต่คนที่ ๒ ให้มีผลบังคับสำหรับเงินได้พึงประเมินประจำปีภาษี ๒๕๖๑ ที่จะต้องยื่นรายการในปี ๒๕๖๒ สำหรับบุตรชอบด้วยกฎหมายของผู้มีเงินได้ หรือบุตรชอบด้วยกฎหมายของสามีหรือภริยาของผู้มีเงินได้หักลดหย่อนได้คนละ ๓๐,๐๐๐ บาท และสำหรับบุตรชอบด้วยกฎหมายตั้งแต่คนที่ ๒ เป็นต้นไป ที่เกิดในหรือหลังปี ๒๕๖๑ ให้หักลดหย่อนได้เพิ่มอีกคนละ ๓๐,๐๐๐ บาท รวมเป็น ๖๐,๐๐๐ บาทต่อคน โดยในการนับลำดับบุตรให้นับลำดับของบุตรทุกคนไม่ว่าจะมีชีวิตอยู่หรือไม่ก็ตาม"

มาตรการเพิ่มค่าลดหย่อนภาษีดังกล่าวเพื่อสนับสนุนให้ประชาชนมีบุตรมากขึ้น จากปัจจุบันคนไทยมีอัตราการเกิดของประชากรลดลง ทำให้มีประชากรวัยแรงงานลดลงและอัตราส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เพื่อเป็นการจูงใจให้ผู้มีเงินได้มีบุตรมากกว่าหนึ่งคน อันจะส่งผลให้โครงสร้างประชากรของประเทศมีความเหมาะสมกับการพัฒนาประเทศต่อไปในอนาคต

สำหรับผู้ที่มีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ที่ ศูนย์สารนิเทศสรรพากร โทร.๑๑๖๑ และหากพบเห็นการกระทำใดๆ ที่เป็นการหลีกเลี่ยงภาษี ขอให้แจ้งเบาะแสหรือข้อมูลต่าง ๆ ที่ www.rd.go.th > เมนู "การแจ้งแหล่งภาษี" เพื่อที่กรมสรรพากรจะได้ดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริงต่อไป

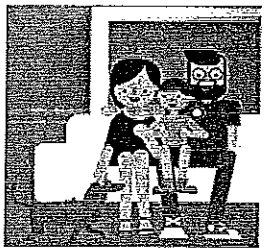
****

กรมสรรพากร เต็มที่ เต็มใจ ให้ประชาชน
สำนักงานเลขานุการกรม ส่วนประชาสัมพันธ์
เลขที่ ๙๐ ถนนพหลโยธิน ๗ พญาไท กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐ โทร. ๐ ๒๒๗๒ ๙๕๒๙-๓๐ โทรสาร ๐ ๒๖๑๗ ๓๓๒๔
หรือศูนย์สารนิเทศสรรพากร ๑๑๖๑ (RD Intelligence Center)

บุตรคนที่ 2 ได้สิทธิลดหย่อนเพิ่ม ไปต่อ...ไม่รอแล้วนะ

หลักเกณฑ์การลดหย่อนบุตรคนที่สองเป็นต้นไป

1. เป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย
2. เป็นบุตรตั้งแต่คนที่ 2 เป็นต้นไปและเกิดในหรือหลังปี พ.ศ. 2561
3. หักลดหย่อนเพิ่มอีกคนละ 30,000 บาท เป็น 60,000 บาท
4. การนับลำดับบุตร นับลำดับของบุตรทุกคนไม่ว่าจะมีชีวิตอยู่หรือไม่ก็ตาม



	บุตรคนที่ 1	บุตรคนที่ 2	บุตรคนที่ 3
เกิดก่อนปี 2561	30,000	30,000	30,000
เกิดในปี 2561	30,000 + ค่าฝากครรภ์ และคลอดบุตร	60,000 + ค่าฝากครรภ์ และคลอดบุตร	60,000 + ค่าฝากครรภ์ และคลอดบุตร
เกิดหลังปี 2561	30,000 + ค่าฝากครรภ์ และคลอดบุตร	60,000 + ค่าฝากครรภ์ และคลอดบุตร	60,000 + ค่าฝากครรภ์ และคลอดบุตร

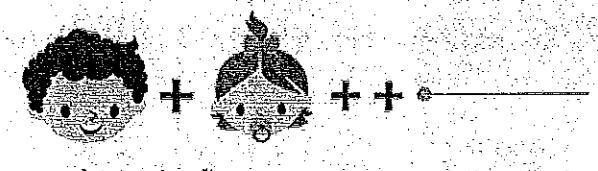
RD INTELLIGENCE CENTER

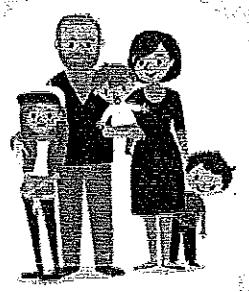
มาตรการภาษีเพื่อสนับสนุนการมีบุตร

กรมสรรพากร
The Revenue Department

คลอดแล้วจ้าคุณพ่อคุณแม่...!
ปรับเพิ่มค่าลดหย่อนของบุตรคนที่ 2 ++ ขึ้นไปอีกคนละ 30,000 บาท
ค่าฝากครรภ์และค่าคลอดบุตร...ลดหย่อนภาษี 60,000 บาท

ปรับปรุงค่าลดหย่อนบุตร





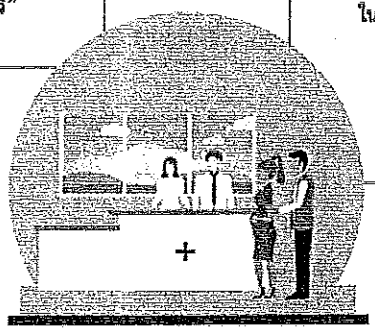
บุตรคนที่ 2 ++ ที่เกิดตั้งแต่ ปี 2561 เป็นต้นไป
ได้ค่าลดหย่อน คนละ 60,000 บาท

ใช้ได้ในปีภาษี 2561 โดยยื่นแบบแสดงรายการภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาปี 2562
**ศึกษาเพิ่มเติมได้ที่ : พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลรัษฎากร (ฉบับที่ 46) พ.ศ.2561

ลดหย่อนภาษีค่าฝากครรภ์และคลอดบุตร

1
ค่าใช้จ่ายต้องเป็น
"ค่าฝากครรภ์" และ "ค่าคลอดบุตร"

2
ตั้งครรภ์และคลอดบุตรคนละปีภาษี
หักลดหย่อนได้ตามจำนวนที่จ่ายจริง
แต่เมื่อรวมกันแล้ว
ต้องไม่เกิน 60,000 บาท



3
ตั้งครรภ์และคลอดบุตรหลายคราว
ในปีภาษีเดียวกัน ให้ได้รับยกเว้นภาษีเงินได้
ตามจำนวนที่จ่ายจริง
สำหรับการตั้งครรภ์แต่ละคราวๆ ละ
ไม่เกิน 60,000 บาท

4
เอกสารเพื่อขอใช้สิทธิ
ใบรับรองแพทย์ ใบเสร็จรับเงิน
หรือหลักฐานอื่นที่แสดงว่า
ได้จ่ายค่าฝากครรภ์และค่าคลอดบุตร

5
สามารถใช้สิทธิได้ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 เป็นต้นไป

**ศึกษาเพิ่มเติมได้ที่ : กฎกระทรวง ฉบับที่ 338 (พ.ศ.2561) และประกาศอธิบดีกรมสรรพากร เกี่ยวกับเงินได้ (ฉบับที่ 331)

กองคลัง
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย
เลขรับ 11510
วันที่ 19 ธ.ค. 2561
เวลา 11.00 น.

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย
เลขรับ 6362
วันที่
เวลา 9.00

ที่ ศธ ๕๒๑๐๕๗/ว.๐๗๕๓

สำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครู
และบุคลากรทางการศึกษา จังหวัดสงขลา
๑๗๓ ม. ๔ ถ.สงขลา-นาทวี ต.เขารูปช้าง
อ.เมืองสงขลา จ.สงขลา ๙๐๐๐๐

๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. และ ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ส. เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมประกาศการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. – ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษเนื่องในโอกาสครบรอบ ๑๕ ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค.

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย
เลขรับ 9143
วันที่ 18 ธ.ค. 2561
เวลา 15.59 น.

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย

อ้างถึง หนังสือสำนักงาน สกสค. จังหวัดสงขลา ที่ ศธ ๕๒๑๐๕๗/ว.๐๔๐๖ ลว. ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๑

สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมประกาศการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ ๑๕ ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. จำนวน ๑ ชุด
๒. ใบสมัครสมาชิก ช.พ.ค. กรณีพิเศษอายุเกิน ๓๕ ปี – ๖๐ ปี จำนวน ๑ ชุด
๓. ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ส. เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมประกาศการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ ๑๕ ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. จำนวน ๑ ชุด
๔. ใบสมัครสมาชิก ช.พ.ส. กรณีพิเศษอายุเกิน ๓๕ ปี – ๖๐ ปี จำนวน ๑ ชุด

ด้วยคณะกรรมการ ช.พ.ค. และคณะกรรมการ ช.พ.ส. ได้มีมติแก้ไขร่างประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. และ ร่างประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ส. เรื่องแก้ไขเพิ่มเติมประกาศการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. และ สมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ ๑๕ ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ในส่วนของใบรับรองแพทย์กรณีพิเศษ และอนุมัติให้ขยายเวลายื่นใบสมัครไป จนถึงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วยแล้ว นั้น

ในการนี้สำนักงาน สกสค. จังหวัดสงขลา ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาในสังกัดทราบโดยทั่วกัน จักเป็นพระคุณยิ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายคนึง ย้อยเสริฐสุด)
ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครู
และบุคลากรทางการศึกษา จังหวัดสงขลา

กลุ่มสวัสดิการและสวัสดิภาพฯ
โทร/โทรสาร ๐-๗๔๓๓-๗๓๓๖ -๗

ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค.

เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมประกาศการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 15 ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค.

เพื่อให้การรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. ตามประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษเนื่องในโอกาสครบรอบ 15 ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ฉบับลงวันที่ 24 กันยายน 2561 เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และสอดคล้องกับหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการ ช.พ.ค. กำหนดไว้ อาศัยอำนาจตามความในข้อ 11 วรรคสาม แห่งระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2550 และฉบับที่แก้ไขเพิ่มเติม และมติของคณะกรรมการ ช.พ.ค. ในการประชุมครั้งที่ 14/2561 ลงวันที่ 27 พฤศจิกายน 2561 จึงเห็นสมควรแก้ไขประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 15 ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ฉบับลงวันที่ 24 กันยายน 2561 ดังนี้

1. ให้ยกเลิกแบบใบรับรองแพทย์ที่กำหนดไว้ท้ายประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 15 ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ฉบับลงวันที่ 24 กันยายน 2561 ข้อ 13 และให้ใช้แบบใบรับรองแพทย์ตามที่แนบท้ายประกาศฉบับนี้แทน

2. ให้แก้ไขความในข้อ 6 ของประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 15 ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ฉบับลงวันที่ 24 กันยายน 2561 จากเดิม

"ข้อ 6 ผู้สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ต้องยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารประกอบการสมัครตามแบบท้ายประกาศนี้ **ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 จนถึงวันที่ 28 ธันวาคม 2561** เปิดรับในวันและเวลาราชการ **ตั้งแต่เวลา 08.30 น. – 16.30 น.** ทั้งนี้ ผู้สมัครจะต้องยื่นใบสมัครด้วยตนเองต่อหน้าเจ้าหน้าที่ ณ สำนักงาน สกสค. จังหวัด / กรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี" เป็น

"ข้อ 6 ผู้สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ต้องยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารประกอบการสมัครตามแบบท้ายประกาศนี้ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 **จนถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562** เปิดรับในวันและเวลาราชการ **ตั้งแต่เวลา 08.30 น. – 16.30 น.** ทั้งนี้ ผู้สมัครจะต้องยื่นใบสมัครด้วยตนเองต่อหน้าเจ้าหน้าที่ ณ สำนักงาน สกสค. จังหวัด / กรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี"

นอกนั้นคงเดิม

ประกาศ ณ วันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ. 2561

(นายอรรถพล ตรีกตรอง)

ผู้ตรวจราชการกระทรวงศึกษาธิการ ปฏิบัติหน้าที่

เลขาธิการคณะกรรมการ สกสค.

โปรดเขียนตัวบรรจง
และกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

○ กรณีพิเศษ อายุเกิน 35 ปีขึ้นไป – 60 ปี

ใบสมัครสมาชิก ช.พ.ค.

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

1. <u>ข้อมูลผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ค.</u>

(1) ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว ..... อายุ ..... ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐-☐ ☐ ☐ ☐-☐ ☐ ☐ ☐ ☐-☐ ☐-☐

เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ..... คู่สมรสชื่อ .....

(2) ○ ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งท้ายนี้ หรือ ○ เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ค. แต่ลาออกไปแล้วและมาสมัครใหม่

☐ ครู ☐ คณาจารย์ ☐ ผู้บริหารสถานศึกษา ☐ ผู้บริหารการศึกษา
☐ บุคลากรทางการศึกษา ☐ ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา ☐ ลูกจ้างประจำ
☐ ลูกจ้างชั่วคราว ☐ สมาชิกคุรุสภา ☐ อื่น ๆ (ระบุตำแหน่ง) .....

(3) ที่อยู่ปัจจุบัน / ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก ในการจัดส่งเอกสารแบบตอบรับเป็นสมาชิก

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน .....

แขวง / ตำบล ..... เขต / อำเภอ ..... จังหวัด .....

รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... โทรศัพท์เคลื่อนที่ .....

e-mail .....

(4) สถานที่ปฏิบัติงาน (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ..... เขต .....)

หรือหน่วยงานอื่น ชื่อหน่วยงาน / สถานศึกษา .....

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

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ที่ทำงาน .....

2. <u>ข้อมูลสำหรับผู้ที่เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ค. แต่ลาออก แล้วมาสมัครใหม่</u>

เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ค. เลขประจำตัว ..... ลาออกเมื่อวันที่ .....

จังหวัดที่สังกัดครั้งสุดท้ายก่อนลาออก .....

3. <u>การชำระเงิน ข้าพเจ้าได้ชำระเงินในการสมัครครั้งนี้ ดังนี้</u>

3.1 ค่าสมัคร เป็นเงิน.....บาท

3.2 เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า เป็นเงิน.....บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

ตัวอักษร (.....)

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษาแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. โดยยินยอมปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าและเงินสงเคราะห์รายศพ ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา และประกาศของกรรมการ ช.พ.ค. เรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. หรือเรื่องการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษแล้วแต่กรณี

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

คำสั่ง ○ อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ตั้งแต่วันที่ .....

○ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก .....

.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)
○ ผอ. สนง. สกสค. จังหวัด
○ ผอ. สนง. สกสค. กรุงเทพมหานคร

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

(กรณีพิเศษ)

ใบรับรองแพทย์

(ใช้สำหรับกรณีพิเศษ ผู้สมัครที่มีอายุเกิน 35 ปีขึ้นไป จนถึง 60 ปี)

สถานที่ .....

วันที่..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง (1).....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่..... สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือ

สถานที่ปฏิบัติงานประจำ .....

.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว .....

เลขประจำตัวประชาชน ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐

เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ..... เรียบร้อยแล้ว

ขอรับรองว่า นาย / นาง / นางสาว ..... ไม่เป็นผู้มีร่างกาย

ทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้และไร้ความสามารถจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ ปราศจากโรคเหล่านี้

1. โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
2. วัณโรคในระยะอันตราย
3. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
4. โรคติดยาเสพติดให้โทษ
5. โรคพิษสุราเรื้อรัง

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ (2) .....

.....

.....

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ตรวจ

(.....)

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าผู้รับการตรวจร่างกายเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์ ปราศจากโรคที่ระบุไว้ข้างต้น

(3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้มีผลบังคับใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ได้มีการตรวจร่างกายถึงวันรับสมัคร เข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค.

(กรณีพิเศษ)

หน่วยงาน

หนังสือรับรอง

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า นาย / นาง / นางสาว.....

ตำแหน่ง ..... สถานที่ทำงาน .....

สังกัด ..... อัตราเงินเดือน .....บาท

เริ่มรับราชการหรือปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ ..... จนถึงปัจจุบัน

ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

หมายเหตุ 1. ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้นขึ้นไปและประทับตราหน่วยงาน

2. หนังสือรับรองฉบับนี้ให้มีผลบังคับใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ได้ออกหนังสือรับรองฉบับนี้

(กรณีพิเศษ)

หนังสือรับรองของผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ค.
กรณีเคยเป็นสมาชิก ช.พ.ค.

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า นาย / นาง / นางสาว .....

เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ค. เลขประจำตัว ..... ลาออกเมื่อวันที่.....

จังหวัดที่สังกัดครั้งสุดท้ายก่อนลาออก .....ชำระเงินสงเคราะห์รายศพครั้งสุดท้ายก่อนลาออก

ถึงงวดที่ .....

ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

หมายเหตุ
1. ผู้รับรองต้องเป็นผู้อำนวยการสำนักงาน สกสค. จังหวัด /กรุงเทพมหานคร หรือ นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
2. หนังสือรับรองฉบับนี้ใช้เฉพาะการรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. กรณีพิเศษที่เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ค. แล้วลาออกและมาสมัครใหม่

ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ส.

เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมประกาศการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 15 ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค.

เพื่อให้การรับสมัครสมาชิก ช.พ.ส. ตามประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ส. เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษเนื่องในโอกาสครบรอบ 15 ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ฉบับลงวันที่ 24 กันยายน 2561 เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และสอดคล้องกับหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการ ช.พ.ส. กำหนดไว้ อาศัยอำนาจตามความในข้อ 9 วรรคสาม แห่งระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ในกรณีคู่สมรสถึงแก่กรรม พ.ศ. 2550 และฉบับที่แก้ไขเพิ่มเติม และมติของคณะกรรมการ ช.พ.ส. ในการประชุมครั้งที่ 14/2561 ลงวันที่ 27 พฤศจิกายน 2561 จึงเห็นสมควรแก้ไขประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ส. เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 15 ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ฉบับลงวันที่ 24 กันยายน 2561 ดังนี้

1. ให้ยกเลิกแบบใบรับรองแพทย์ที่กำหนดไว้ท้ายประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ส. เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 15 ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ฉบับลงวันที่ 24 กันยายน 2561 ข้อ 13 และให้ใช้แบบใบรับรองแพทย์ตามที่แนบท้ายประกาศฉบับนี้แทน

2. ให้แก้ไขความในข้อ 6 ของประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ส. เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 15 ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ฉบับลงวันที่ 24 กันยายน 2561 จากเดิม

"ข้อ 6 ผู้สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. ต้องยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารประกอบการสมัครตามแบบท้ายประกาศนี้ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 จนถึงวันที่ 28 ธันวาคม 2561 เปิดรับในวันและเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา 08.30 น. – 16.30 น. ทั้งนี้ ผู้สมัครจะต้องยื่นใบสมัครด้วยตนเองต่อหน้าเจ้าหน้าที่ ณ สำนักงาน สกสค. จังหวัด/กรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี" เป็น

"ข้อ 6 ผู้สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. ต้องยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารประกอบการสมัครตามแบบท้ายประกาศนี้ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 จนถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562 เปิดรับในวันและเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา 08.30 น. – 16.30 น. ทั้งนี้ ผู้สมัครจะต้องยื่นใบสมัครด้วยตนเองต่อหน้าเจ้าหน้าที่ ณ สำนักงาน สกสค. จังหวัด/กรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี"

นอกนั้นคงเดิม

ประกาศ ณ วันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ. 2561

(นายอรรถพล ตรีกตรอง)
ผู้ตรวจราชการกระทรวงศึกษาธิการ ปฏิบัติหน้าที่
เลขาธิการคณะกรรมการ สกสค.

โปรดเขียนตัวบรรจง
และกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

○ กรณีพิเศษอายุเกิน 35 ปี - 60 ปี

ใบสมัครสมาชิก ช.พ.ส.

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

1. ข้อมูลของผู้สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส.

(1) ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... อายุ ..... ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ..... จดทะเบียนสมรส ณ อำเภอ / เขต .....

เลขที่ทะเบียนสมรส ..... จังหวัด .....

(2) ที่อยู่ปัจจุบัน / ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก ในการจัดส่งเอกสารแบบตอบรับเป็นสมาชิก

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน .....

แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด .....

รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... โทรศัพท์เคลื่อนที่ .....

e-mail (ถ้ามี) .....

2. ข้อมูลของคู่สมรสของผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส.

(1) ชื่อ นาย/นาง/นางสาว ..... อายุ ..... ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ..... คู่สมรสชื่อ .....

(2) ○ ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งท้ายนี้ หรือ ○ เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ส. แต่ลาออกไปแล้วและมาสมัครใหม่

☐ ครู ☐ คณาจารย์ ☐ ผู้บริหารสถานศึกษา ☐ ผู้บริหารการศึกษา

☐ บุคลากรทางการศึกษา ☐ ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา ☐ ลูกจ้างประจำ

☐ ลูกจ้างชั่วคราว ☐ สมาชิกคุรุสภา ☐ อื่น ๆ (ระบุตำแหน่ง) .....

(3) สถานที่ปฏิบัติงาน (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ..... เขต .....)

หรือหน่วยงานอื่น ชื่อหน่วยงาน / สถานศึกษา .....

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

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....

3. ข้อมูลสำหรับผู้ที่เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ส. แต่ลาออกแล้วมาสมัครใหม่

เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ส.เลขประจำตัว ..... ลาออกเมื่อวันที่ .....

จังหวัดที่สังกัดครั้งสุดท้ายก่อนลาออก .....

4. การชำระเงิน ข้าพเจ้าได้ชำระเงินในการสมัครนี้ ดังนี้

4.1 ค่าสมัคร เป็นเงิน ..... บาท

4.2 เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า เป็นเงิน ..... บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ..... บาท

ตัวอักษร (.....)

ข้าพเจ้า (ผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส.) และคู่สมรส ได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษาในกรณีคู่สมรสถึงแก่กรรมแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. โดยยินยอมปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ .....

(.....)

ผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส. (คู่สมรสของครูและบุคลากรทางการศึกษา)

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่า ผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วนพร้อมชำระเงินค่าสมัคร เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าและเงินสงเคราะห์รายศพ ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษาในกรณีคู่สมรสถึงแก่กรรม และประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ส. เรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ส. หรือเรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

คำสั่ง ❍ อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ส. ตั้งแต่วันที่ .....

❍ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก .....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

❍ ผอ. สนง. สกสค. จังหวัด

❍ ผอ. สนง. สกสค. กรุงเทพมหานคร

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

(กรณีพิเศษ)

ใบรับรองแพทย์

(ใช้สำหรับกรณีพิเศษ ผู้สมัครที่มีอายุเกิน 35 ปีขึ้นไป – 60 ปี)

สถานที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง (1) .....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่..... สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือ

สถานที่ปฏิบัติงานประจำ .....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว .....

เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ..... เรียบร้อยแล้ว

ขอรับรองว่า นาย / นาง / นางสาว ..... ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพ

จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้และไร้ความสามารถจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ ปราศจากโรคเหล่านี้

1. โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
2. วัณโรคในระยะอันตราย
3. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
4. โรคติดยาเสพติดให้โทษ
5. โรคพิษสุราเรื้อรัง

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ (2) .....

.....

.....

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ตรวจ

(.....)

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าผู้รับการตรวจร่างกายเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคที่ระบุไว้ข้างต้น

(3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้มีผลบังคับใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ได้มีการตรวจร่างกายถึงวันรับสมัคร เข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ส.

(กรณีพิเศษ)

หน่วยงาน

หนังสือรับรองของคู่สมรสของผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส.

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า นาย / นาง/ นางสาว.....

ตำแหน่ง ..... สถานที่ทำงาน .....

สังกัด ..... อัตราเงินเดือน ..... บาท

เริ่มรับราชการหรือปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....จนถึงปัจจุบัน

ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

หมายเหตุ

1. ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้นขึ้นไปและประทับตราสถาบัน
2. หนังสือรับรองฉบับนี้ ให้มีผลบังคับใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ได้ออกหนังสือรับรองฉบับนี้

(กรณีพิเศษ)

หนังสือรับรองของคู่สมรสของผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส.
กรณีเคยเป็นสมาชิก ช.พ.ส.

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า นาย / นาง/ นางสาว .....
เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ส. เลขประจำตัว ..... ลาออกเมื่อวันที่ .....
จังหวัดที่สังกัดครั้งสุดท้ายก่อนลาออก ..... ชำระเงินสงเคราะห์รายศพครั้งสุดท้ายก่อนลาออก
ถึงงวดที่ .....

ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

(ลงชื่อ) .....
(.....)
ตำแหน่ง .....

หมายเหตุ

1. ผู้รับรองต้องเป็นผู้อำนวยการสำนักงาน สกสค.จังหวัด / กรุงเทพมหานคร หรือ นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
2. หนังสือรับรองฉบับนี้ใช้เฉพาะการรับสมัครสมาชิก ช.พ.ส.กรณีพิเศษ ที่เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ส. แล้วลาออกและมาสมัครใหม่

ธนาคารอิสลามแห่งประเทศไทย
ISLAMIC BANK OF THAILAND • البنك الإسلامي بتايلاند

กองคลัง
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย
เลขรับ 11462
วันที่ 18 ธ.ค. 2561
เวลา 09.00 น.

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย
เลขรับ 8403
วันที่ [illegible]
เวลา 09.00

ที่ ธอท.ผขอ.0161/2561

วันที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561

ฝ่ายบริหาร
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย
เลขรับ 9144
วันที่ 4 ธ.ค. 2561
เวลา 15.50 น.

เรื่อง แจ้งเปลี่ยนแปลงหลักเกณฑ์และเงื่อนไขโครงการสินเชื่อสวัสดิการบุคลากร MOU

เรียน อธิการบดี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย สงขลา

อ้างถึง บันทึกข้อตกลงระหว่างธนาคารอิสลามแห่งประเทศไทย กับ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย สงขลา ฉบับลงวันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายละเอียดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในโครงการฯ (ฉบับแก้ไข)

ตามที่หน่วยงานของท่านได้ลงนามบันทึกข้อตกลงในโครงการสินเชื่อสวัสดิการบุคลากร MOU กับ ธนาคารอิสลามแห่งประเทศไทย ตามที่อ้างถึงนั้น ด้วยธนาคารได้เปลี่ยนแปลงหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในโครงการฯ จากเดิมที่เคยแจ้งไว้กับหน่วยงานท่านก่อนหน้านี้ ธนาคารจึงขอจัดส่งหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการให้สินเชื่อฉบับแก้ไขตามสิ่งที่ส่งมาด้วย เพื่อขอให้ท่านประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในหน่วยงานได้ทราบทั้งนี้ หน่วยงานของท่านยังคงดำเนินการหักเงินเดือนหรือค่าจ้าง และนำส่งเงินเดือนหรือค่าจ้างของบุคลากรที่ขอสินเชื่อกับธนาคารตามข้อตกลงที่อ้างถึงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และความขอร่วมมือในการแจ้งให้บุคลากรในหน่วยงานทราบโดยทั่วกันต่อไป โดยธนาคารขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ร่วมกันด้วยดีเสมอมา

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.อาบิดีน วันขวัญ)
ผู้อำนวยการฝ่าย ฝ่ายผลิตภัณฑ์ชะรีอะฮ์

กรุณาติดต่อ
คุณขนกนาถ, คุณนฤทธิ์, คุณปัทมา และคุณวันวิษา
เบอร์ติดต่อ 02-6506999 ต่อ 6936, 6714, 6997 และ 7028

ธนาคารอิสลาม
แห่งประเทศไทย
ISLAMIC BANK OF THAILAND • البنك الإسلامي بتايلاند

โครงการสินเชื่อสวัสดิการบุคลากร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย สงขลา

.....

1. <u>คุณสมบัติของผู้ขอสินเชื่อ</u>

- ข้าราชการ อายุงานไม่น้อยกว่า 1 ปี (กรณีลูกจ้าง ฯลฯ ต้องทำงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี)

2. <u>วัตถุประสงค์การขอสินเชื่อ</u>

1) เพื่อซื้อที่อยู่อาศัย
2) เพื่อการไถ่ถอนที่อยู่อาศัย
3) เพื่อก่อสร้าง/ซ่อมแซม/ต่อเติมที่อยู่อาศัย
4) เพื่อรีไฟแนนซ์บัตรเครดิต/สินเชื่อบุคคล
5) เพื่ออุปโภคบริโภคส่วนบุคคล

3. <u>วงเงินสินเชื่อ/ราย</u>

1) สินเชื่อเพื่อที่อยู่อาศัย : สูงสุดไม่เกิน 30,000,000 บาท
2) สินเชื่อวงเงินอเนกประสงค์, สินเชื่อเพื่อรีไฟแนนซ์บัตรเครดิต/สินเชื่อบุคคล แบบมีหลักประกัน : สูงสุดไม่เกิน 10,000,000 บาท
3) สินเชื่อวงเงินอเนกประสงค์, สินเชื่อเพื่อรีไฟแนนซ์บัตรเครดิต/สินเชื่อบุคคล แบบไม่มีหลักประกัน : สูงสุดไม่เกิน 1,000,000 บาท

<u>หมายเหตุ</u> : สินเชื่อเพื่อรีไฟแนนซ์บัตรเครดิต/สินเชื่อบุคคล ให้วงเงินไม่เกิน 100% ของภาระหนี้คงเหลือ

4. <u>ระยะเวลาผ่อนชำระ</u>

1) สินเชื่อเพื่อที่อยู่อาศัย
- ผ่อนชำระสูงสุดไม่เกิน 35 ปี เมื่อรวมอายุผู้ขอสินเชื่อแล้วไม่เกิน 65 ปี

2) สินเชื่อวงเงินอเนกประสงค์, สินเชื่อเพื่อรีไฟแนนซ์บัตรเครดิต/สินเชื่อบุคคล แบบมีหลักประกัน
- ผ่อนชำระสูงสุดไม่เกิน 15 ปี เมื่อรวมอายุผู้ขอสินเชื่อแล้วไม่เกิน 65 ปี

3) สินเชื่อวงเงินอเนกประสงค์, สินเชื่อเพื่อรีไฟแนนซ์บัตรเครดิต/สินเชื่อบุคคล แบบไม่มีหลักประกัน
- ข้าราชการ/อาจารย์ : ผ่อนชำระสูงสุดไม่เกิน 15 ปี เมื่อรวมอายุผู้ขอสินเชื่อแล้วต้องไม่เกินอายุเกษียณ
- ลูกจ้าง ฯลฯ : ผ่อนชำระสูงสุดไม่เกิน 7 ปี เมื่อรวมอายุผู้ขอสินเชื่อแล้วต้องไม่เกินอายุเกษียณ

5. <u>หลักประกันในการขอสินเชื่อ</u>

- ที่ดินพร้อมสิ่งปลูกสร้าง หรือหลักประกันอื่นๆ ตามเห็นสมควร

6. <u>สัดส่วนวงเงินสินเชื่อ</u>

1) หลักประกันที่มีราคาซื้อขายต่ำกว่า 10,000,000 บาท
- ที่อยู่อาศัยแนวสูง ห้องชุด หรือคอนโดมิเนียม วงเงินไม่เกิน 90% ของราคาซื้อขายหรือราคาประเมิน
- ที่อยู่อาศัยแนวราบ บ้านเดี่ยว ทาวน์เฮาส์ ทาวน์โฮม บ้านแฝด อาคารพาณิชย์ วงเงินไม่เกิน 95% ของราคาซื้อขายหรือราคาประเมิน

2) หลักประกันที่มีราคาซื้อขาย 10,000,000 บาทขึ้นไป วงเงินไม่เกิน 80% ของราคาซื้อขายหรือราคาประเมิน

7. อัตรากำไร

1) สินเชื่อเพื่อที่อยู่อาศัย

ระยะเวลา	อัตรากำไร(ต่อปี)
ปีที่ 1	2.10%
ปีที่ 2	2.10%
ปีที่ 3 เป็นต้นไป	SPRL – 2.65%

2) สินเชื่อวงเงินอเนกประสงค์, สินเชื่อเพื่อรีไฟแนนซ์บัตรเครดิต/สินเชื่อบุคคล แบบมีหลักประกัน

ระยะเวลา	อัตรากำไร(ต่อปี)
ตลอดอายุสัญญา	SPRL – 2.65%

3) สินเชื่อวงเงินอเนกประสงค์, สินเชื่อเพื่อรีไฟแนนซ์บัตรเครดิต/สินเชื่อบุคคล แบบไม่มีหลักประกัน

ตำแหน่ง	อัตรากำไร(ต่อปี)
- ข้าราชการ	SPRR (ตลอดอายุสัญญา)
- ลูกจ้าง ฯลฯ	SPRR + 0.75% (ตลอดอายุสัญญา)

หมายเหตุ : 1. SPRL= 7.75% และ SPRR = 8.50% (ข้อมูล ณ วันที่ 29 พฤศจิกายน 2561)
2. กรณีทำประกันตะกาฟุล อัตรากำไร ลดลง 0.25% (เฉพาะปีที่ 1 เท่านั้น)

8. เอกสารประกอบการพิจารณา

1) สำเนาบัตรประชาชน /สำเนาบัตรพนักงาน /สำเนาทะเบียนบ้าน
2) สำเนาทะเบียนสมรส / สำเนาใบสำคัญการหย่า
3) สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ / นามสกุล / สำเนาใบมรณบัตรคู่สมรส (ถ้ามี)
4) สำเนาสลิปเงินเดือนหรือค่าจ้างฉบับปัจจุบัน หรือหนังสือรับรองเงินเดือนหรือค่าจ้างหรือใบรับรองสิทธิ
5) สำเนารายการเดินบัญชีย้อนหลัง 6 เดือน (Statement)
6) หนังสือยินยอมให้หักเงินเดือน
7) เอกสารอื่นๆ ตามที่ธนาคารกำหนด

9. การชำระหนี้สินเชื่อ

- หน่วยงานต้นสังกัดของผู้ขอสินเชื่อหักบัญชีเงินเดือนทุกเดือน นำส่งคืนธนาคารตามที่ได้ทำข้อตกลงกับธนาคาร

10. เงื่อนไขอื่นๆ

- กรณีพ้นสภาพการจ้างงาน ไม่ว่ากรณีใด ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และระเบียบปฏิบัติงานสินเชื่อของธนาคาร

หมายเหตุ : มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึง วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2562 หรือจนกว่าธนาคารจะมีการเปลี่ยนแปลง