

แบบคำขอ/แบบรายงานการระงับการเรียกให้ชำระหนี้  
 กรณีเป็นผู้กู้ยืมเงินพิจารณาหรือคุณภาพ, เป็นโรคติดต่อร้ายแรง หรือเป็นโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรง  
 จนไม่สามารถประกอบการทำงานได้

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

.....  
 .....

วันที่.....

เรื่อง ขอให้พิจารณาระงับการเรียกให้ชำระหนี้แก่ผู้กู้ยืมเงิน

เรียน ผู้จัดการกองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

มีความประสงค์ให้กองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา พิจารณาระงับการเรียกให้ชำระหนี้ เนื่องจาก  
 (นาย/นาง/นางสาว)..... เป็นผู้กู้ยืมเงิน

- พิจารณาหรือคุณภาพ จนไม่สามารถประกอบการทำงานได้
- เป็นโรคติดต่อร้ายแรง จนไม่สามารถประกอบการทำงานได้
- เป็นโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรง จนไม่สามารถประกอบการทำงานได้

ขอส่งเอกสารเพื่อให้กองทุนพิจารณา ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ทุกหน้าที่มีการบันทึกข้อมูล (กรณีเป็นผู้พิการหรือคุณภาพ)
- ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริง) ที่เป็นปัจจุบันซึ่งออกไว้ไม่เกิน 6 เดือน จากโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน ที่ระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ หรือเป็นโรคติดต่อร้ายแรง หรือเป็นโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรง (ให้ระบุชื่อโรค และรายละเอียดอาการ)
- แบบประเมินความพิการทางจิต (กรณีเป็นผู้พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้กู้ยืมเงิน
- หนังสือรับรองความสามารถประกอบการทำงาน และรายได้ของผู้กู้ยืมเงิน (ที่รับรองโดยหน่วยงานของรัฐหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ พร้อมสำเนาบัตรประจำตำแหน่งของเจ้าหน้าที่ของรัฐ)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

..... ลงชื่อ

(.....) ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง

หมายเลขโทรศัพท์.....

**หมายเหตุ**

1. ผู้กู้ยืมต้องลงนามรับรองสำเนาเอกสารด้วยตนเองทุกฉบับ
2. หากไม่สามารถลงลายมือชื่อในเอกสารเพื่อรับรองสำเนาถูกต้องได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือและให้บุคคล 2 คนลงนามเป็นพยานรับรองลายนิ้วมือนั้น
3. สำเนาบัตร หรือเอกสารทุกฉบับต้องไม่หมดอายุ

แบบประเมินความพิการทางจิต

ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี วันที่ประเมิน.....  
การวินิจฉัยโรค.....ที่อยู่.....

๑. ความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น

๑. บอกครั้งเดียวหรือสองครั้ง สามารถทำตามได้
๒. สอน/สาธิตซ้ำๆ จึงสามารถทำตามได้
๓. สอน/สาธิตซ้ำๆ แล้วยังไม่เข้าใจ และทำไม่ได้

๒. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

๑. สามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้
๒. ต้องกระตุ้นในการทำกิจวัตรประจำวันได้
๓. ทำกิจวัตรประจำวันของตนเองไม่ได้

๓. การช่วยเหลืองานบ้าน (เหมาะสมกับอายุ)

๑. สามารถช่วยเหลืองานบ้านได้
๒. ต้องกระตุ้นให้ช่วยเหลืองานบ้าน
๓. ช่วยเหลืองานบ้านไม่ได้

๔. ความสามารถในการเข้าสังคม

๑. สามารถร่วมกิจกรรมทางสังคมได้
๒. มีสังคมเฉพาะคนในครอบครัว/คนใกล้ชิด เช่น เพื่อน ญาติ เป็นต้น
๓. ไม่เข้าสังคมหรือชอบแยกตัว

๕. ความสามารถในการสื่อสาร

๑. สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้ (สำหรับเด็กต้องคำนึงพัฒนาการตามอายุ)
๒. สนทนาร่วมกับผู้อื่นได้เป็นครั้งคราว (สำหรับเด็กต้องคำนึงพัฒนาการตามอายุ)
๓. ไม่สนทนากับใคร

๖. ความสามารถในการประกอบอาชีพ/การเรียนรู้

๖.๑ ความสามารถในการประกอบอาชีพ

๑. ประกอบอาชีพได้และเมื่อมีปัญหาสามารถหาที่ปรึกษาได้
๒. ประกอบอาชีพได้ แต่ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด
๓. ไม่สามารถประกอบอาชีพได้

๖.๒ ความสามารถในการเรียนรู้

๑. เรียนได้
๒. เรียนได้แต่ลำบาก
๓. เรียนไม่ได้

เอกสารแผ่นนี้  
ให้แพทย์เป็นผู้ประเมิน

สรุปผลการประเมินความพิการ รวม.....คะแนน ชื่อผู้ประเมิน.....

ลงชื่อ.....  
แพทย์.....

ตราประทับ  
โรงพยาบาล