

แบบเสนอโครงการขอรับการสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
ประจำปี.....
กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อองค์กรที่ขอสนับสนุน (ภาษาไทย)
(ภาษาอังกฤษ) ถ้ามี

๑.๒ องค์กรของท่านจัดอยู่ในประเภทองค์กรใด (เลือกเพียง ๑ ข้อ)

๑.๒.๑) หน่วยงานภาครัฐ

☐ หน่วยงานของรัฐ สังกัดกรม
กระทรวง (ให้ข้ามไปตอบข้อ ๑.๖)

☐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล
องค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น

๑.๒.๒) องค์กรภาคเอกชน

☐ องค์กรด้านคนพิการ
☐ องค์กรชุมชน
☐ องค์กรธุรกิจ
☐ อื่น ๆ ระบุ

๑.๓ รายชื่อคณะกรรมการ/ตำแหน่ง

๑. ประธาน/นายก

๒. กรรมการ..... ตำแหน่ง

๓. กรรมการ..... ตำแหน่ง

๔. กรรมการ..... ตำแหน่ง

๕. เจ้าหน้าที่ ๑. ตำแหน่ง

๒. ตำแหน่ง

๓. ตำแหน่ง

๑.๔ ปีที่จัดทะเบียนก่อตั้งองค์กรหรือปีที่เริ่มดำเนินการ

๑.๕ ที่ตั้งสำนักงาน (พร้อมแผนผัง)
 โทรศัพท์/โทรศัทพ์มือถือ
 โทรสาร อีเมล

๑.๖ วัตถุประสงค์ขององค์กรที่ขอสนับสนุน

๑.๗ กิจกรรมหรือโครงการที่องค์กรดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน (โดยสรุป)

๑.๘ ผลงานในรอบ ๑ ปี ที่ผ่านมา (โดยสรุป)

๑.๙ องค์กรของท่านเคยเสนอโครงการขอรับการสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนา
 คุณภาพชีวิตคนพิการ หรือไม่

☐ ไม่เคย

☐ เคย

(ถ้าเคย) ปีขอรับการสนับสนุน จำนวนครั้งที่ขอรับการสนับสนุน ครั้ง

โครงการล่าสุดที่เคยขอรับการสนับสนุนชื่อโครงการ

ผลของโครงการ

ปัญหาและอุปสรรค.....

๑.๑๐ แหล่งความช่วยเหลือที่องค์กรได้รับในปัจจุบัน (ทั้งในและต่างประเทศ)

๑. จำนวน..... บาท

๒. จำนวน..... บาท

ส่วนที่ ๒ รายละเอียดข้อมูลโครงการขอรับการสนับสนุนจากกองทุนฯ (แยกตามรายโครงการ)

๒.๑ ชื่อโครงการ (ภาษาไทย)

ชื่อโครงการ (ภาษาอังกฤษ) ถ้ามี

(คำอธิบาย : ชื่อแผนงานหรือโครงการ ต้องมีความชัดเจน เหมาะสม และเฉพาะเจาะจง โดยมี
 ขอบ่งชี้ถึง เนื้อหาสาระในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในเรื่องต่างๆ เช่น การ

คุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ การส่งเสริมและการดำเนินงานด้านการสงเคราะห์ช่วยเหลือคนพิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ การศึกษาและการประกอบอาชีพของคนพิการ รวมทั้งการส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ)

๒.๒ ประเภทความพิการที่ขอรับการสนับสนุน

- ☐ ประเภททางกายหรือการเคลื่อนไหว
- ☐ ประเภททางจิตใจหรือพฤติกรรม
- ☐ ประเภททางการมองเห็น
- ☐ ประเภททางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย
- ☐ ประเภททางสติปัญญา
- ☐ ประเภทพิการการเรียนรู้
- ☐ ประเภทพิการออทิสติก
- ☐ ทุกประเภทความพิการ

๒.๓ ชื่อผู้รับผิดชอบโครงการ

ชื่อ-สกุล
 ที่อยู่.....
 โทรศัพท์/โทรศัพท์มือถือ
 โทรสาร อีเมล.....

๒.๔ ชื่อผู้ประสานงานโครงการ

๑. ชื่อ-สกุล
 ที่อยู่.....
 โทรศัพท์/โทรศัพท์มือถือ
 โทรสาร อีเมล
 ๒. ชื่อ-สกุล
 ที่อยู่.....
 โทรศัพท์/โทรศัพท์มือถือ
 โทรสาร อีเมล

๒.๕ หลักการและเหตุผล (คำอธิบาย : หลักการและเหตุผล ต้องเกี่ยวข้องและสะท้อนสถานการณ์ปัญหาของกลุ่มเป้าหมายอย่างน้อยหนึ่งปัญหาและมีความจำเป็นต้องทำโครงการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่องเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหาหรือสนองตอบความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในเรื่องต่างๆ ให้ชัดเจน)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๒.๖ วัตถุประสงค์ของโครงการ (คำอธิบาย : วัตถุประสงค์ของโครงการ ต้องมีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้ (๑) มีความชัดเจน มีความเป็นไปได้ และสามารถวัดผลและประเมินผลได้ (๒) สอดคล้องกับชื่อโครงการที่เสนอ และสะท้อนการป้องกันแก้ไขปัญหาหรือสนองตอบกลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๒.๗ กลุ่มเป้าหมายของโครงการ (คำอธิบาย : การกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ โดยมีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้ (๑) สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ (๒) ระบุกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน (๓) มีจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสม (๔) ไม่ซ้ำซ้อนกับโครงการลักษณะเดียวกันและดำเนินการในพื้นที่เดียวกันที่ได้รับอนุมัติแล้ว (๕) มีวิธีการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน)

.....

.....

.....

.....

๒.๘ สถานที่ดำเนินโครงการ (คำอธิบาย : ระบุหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด พร้อมแนบแผนที่สถานที่ดำเนินโครงการ การกำหนดสถานที่ดำเนินงานโครงการ โดยมีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้ (๑) เหมาะสมกับการดำเนินกิจกรรม (๒) ให้ระบุสถานที่ตั้งของโครงการที่ชัดเจน (๓) มีความเหมาะสมกับสภาพความพิการ (๔) มีความสะดวก และประหยัด)

.....

.....

.....

๒.๙ ระยะเวลาดำเนินโครงการ (คำอธิบาย : ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ โดยมีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้ (๑) ต้องมีการระบุระยะเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดของโครงการภายในปีงบประมาณ ในกรณีมีแผนงานเกินกว่าหนึ่งปีให้เสนอภาพรวมมาประกอบการพิจารณาด้วย (๒) มีการกำหนดระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม แต่ละกิจกรรมอย่างชัดเจน (๓) มีความสอดคล้องกับสภาพความพิการ)

.....

.....

.....

๒.๑๐ วิธีการดำเนินงาน (คำอธิบาย : วิธีการดำเนินงาน โดยมีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้ (๑) แสดงถึงรายละเอียดกิจกรรมเกี่ยวกับการคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างชัดเจน (๒) กิจกรรมที่ดำเนินงานต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์โครงการ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๒.๑๑ งบประมาณ (คำอธิบาย : ควรแจกแจงรายละเอียดงบประมาณให้ชัดเจน โดยมีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้ (๑) มีความสอดคล้องกับโครงการที่ขอรับการสนับสนุน (๒) มีความสมเหตุสมผล ประหยัดคุ้มค่า เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้)

ขอรับการสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น บาท (.....บาทถ้วน) รายละเอียดดังนี้

- | | | |
|----------|----------------|-----|
| ๑) | เป็นเงิน | บาท |
| ๒) | เป็นเงิน | บาท |
| ๓) | เป็นเงิน | บาท |
| ๔) | เป็นเงิน | บาท |
| ๕) | เป็นเงิน | บาท |
| ๖) | เป็นเงิน | บาท |
| ๗) | เป็นเงิน | บาท |
| ๘) | เป็นเงิน | บาท |
| ๙) | เป็นเงิน | บาท |

รวมเป็นเงิน บาท

ได้เสนอโครงการเดียวกันนี้เพื่อรับการสนับสนุนจากแหล่งทุนอื่นหรือไม่

☐ ไม่ ☐ เสนอแหล่งทุนอื่นด้วย คือ

ชื่อแหล่งทุนอื่น..... จำนวนเงิน..... บาท

หมายเหตุ ในกรณีที่ท่านส่งโครงการเดียวกันเพื่อขอรับการสนับสนุนจากแหล่งทุนอื่นๆ นอกจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ไม่ว่าเมื่อใด ขอให้ท่านเปิดเผยข้อมูลนี้ต่อกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ หากท่านไม่แสดงข้อมูลดังกล่าว กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการสงวนสิทธิ์ที่จะระงับการสนับสนุนโครงการของท่าน

๒.๑๒ ตัวชี้วัดโครงการ (คำอธิบาย : ตัวชี้วัดเป็นตัวบ่งชี้ถึงผลสัมฤทธิ์หรือบรรลุผลสำเร็จของงานภายหลังจาก การดำเนินโครงการ)

.....

.....

.....

๒.๑๓ ผลที่คาดว่าจะได้รับ (คำอธิบาย : การกำหนดผลที่คาดว่าจะได้รับมีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้ (๑) สามารถพบผลที่เกิดขึ้นโดยตรงและโดยอ้อมจากการดำเนินงานตามโครงการ (๒) สามารถระบุกลุ่มเป้าหมายตาม (๒.๗) จะได้รับผลประโยชน์และผลกระทบทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แสดงผลที่จะเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม หลังเสร็จสิ้นโครงการ)

ส่วนที่ ๓ การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (คำอธิบาย : องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในที่นี้หมายถึงเฉพาะ องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล และองค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งมีส่วนร่วมในการสนับสนุนโครงการ เช่น สนับสนุนสถานที่ วิทยากร งบประมาณ อุปกรณ์ อาสาสมัคร เป็นต้น โดยมีลักษณะของการสนับสนุน ได้แก่ ให้การสนับสนุนโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ให้ยืม ให้เช่าราคาถูก ฯลฯ)

- ☐ ๑. สถานที่
ชื่อหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน
- ☐ ๒. วิทยากร จำนวน คน (โปรดแนบรายชื่อ)
ชื่อหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน
- ☐ ๓. งบประมาณ จำนวน บาท (.....บาทถ้วน)
ชื่อหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน
- ☐ ๔. อุปกรณ์ ได้แก่
ชื่อหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน
- ☐ ๕. อาหาร - เครื่องดื่ม จำนวนวัน /มื้อ
ชื่อหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน
- ☐ ๖. ยานพาหนะ
ชื่อหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน
- ☐ ๗. อาสาสมัคร จำนวน คน (โปรดแนบรายชื่อ)
ชื่อหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน
- ☐ ๘. อื่นๆโปรดระบุให้ชัดเจน.....
ชื่อหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน

เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณาโครงการของท่าน กรุณาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์
ของเอกสารที่กำหนดให้จัดส่งทุกรายการ โดยทำเครื่องหมาย ✓ หน้าหัวข้อเอกสารที่
ท่านจัดส่งมา พร้อมกับแนบรายละเอียด ดังนี้

๑. เอกสารโครงการตามแบบฟอร์มเสนอโครงการ ๑ ชุด พร้อมซีดีไฟล์ โครงการ ๑ แผ่น

๒. เอกสารประกอบการพิจารณาโครงการอย่างละ ๑ ชุด

- ☐ สำเนาใบอนุญาตจัดตั้ง และระเบียบหรือข้อบังคับองค์กร
- ☐ รายชื่อคณะกรรมการบริหารองค์กรชุดปัจจุบัน
- ☐ รายงานผลการดำเนินงานในรอบปีที่ผ่านมาอย่างคร่าวๆ
- ☐ บัญชีรายรับ-รายจ่ายของชมรม หรือบัญชีงบดุลของสมาคมรอบปีที่ผ่านมา
- ☐ โครงสร้างทีมงานในการบริหารจัดการโครงการ
- ☐ รายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการ หรือรายชื่อกลุ่มเป้าหมาย
- ☐ แผนผังองค์กรของท่าน
- ☐ แผนผังของพื้นที่ดำเนินงาน
- ☐ กำหนดการโครงการ
- ☐ รายงานการประชุมคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
ประจำจังหวัด (กรณีเป็นโครงการตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัด)
- ☐ อื่น ๆ (ที่เป็นประโยชน์ต่อการพิจารณาโครงการ).....

ลงชื่อ

(.....)

ผู้รับผิดชอบโครงการ

ลงชื่อ

(.....)

ผู้เสนอโครงการ

(หัวหน้าองค์กรที่ขอรับการสนับสนุน)

ลงชื่อ

(.....)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสตูล

ผู้อนุมัติโครงการ

แบบฟอร์มรายงานผลโครงการ

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานและการใช้จ่ายเงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ประจำปี

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

๑. ชื่อองค์กร
ที่ตั้ง หมู่ที่ ตำบล
อำเภอ จังหวัด โทรศัพท์
๒. ชื่อหัวหน้าองค์กร..... ตำแหน่ง
ที่อยู่
โทรศัพท์/โทรศัพท์มือถือ
โทรสาร อีเมล
๓. ผู้รับผิดชอบโครงการ
ที่อยู่
โทรศัพท์/โทรศัพท์มือถือ
โทรสาร อีเมล
๔. ชื่อโครงการ
ประเภทโครงการ ☐ ผักอบรมและพัฒนา ☐ ผักอาชีพ ☐ อื่นๆ
พื้นที่ดำเนินกิจกรรมตามโครงการ
.....
.....
๕. ระยะเวลาการดำเนินโครงการ
เริ่มต้นโครงการ วันที่ เดือน พ.ศ.
สิ้นสุดโครงการ วันที่ เดือน พ.ศ.
รวมระยะเวลา วัน
๖. งบประมาณ
งบประมาณที่เสนอขอ บาท (.....บาทถ้วน)
งบประมาณที่ได้รับอนุมัติ..... บาท (.....บาทถ้วน)
งบประมาณที่จ่ายจริง บาท (.....บาทถ้วน)

๗. ผลการดำเนินงานประโยชน์ที่ได้รับจากการดำเนินงานโครงการ

๗.๑

๗.๒

๗.๓

๗.๔

๗.๕

๘. จำนวนกลุ่มที่เข้าร่วมโครงการ/กิจกรรม
รวมจำนวน คน หญิง คน ชาย คน

๙. ปัญหาอุปสรรคและวิธีการแก้ไขปัญหาจากการดำเนินการ

๙.๑

๙.๒

๙.๓

๙.๔

๑๐. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

๑๐.๑

๑๐.๒

๑๐.๓

๑๐.๔

๑๑. สรุปผลการประเมินการดำเนินงานโครงการ

๑๑.๑ เปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์

- ☐ ผลการดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ (ร้อยละ ๑๐๐)
- ☐ ผลการดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ ร้อยละ ๖๐ - ร้อยละ ๙๙
- ☐ ผลการดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ ต่ำกว่า ร้อยละ ๖๐

๑๑.๒ เปรียบเทียบกับเป้าหมาย

- ☐ สูงกว่าเป้าหมาย เพราะ
.....
- ☐ ตามเป้าหมาย (ร้อยละ ๑๐๐)
- ☐ ร้อยละ ๖๐ - ร้อยละ ๙๙
- ☐ ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐ ของเป้าหมาย

(ลงชื่อ)ผู้รายงาน

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ เดือน พ.ศ.

โทรศัพท์

แบบสอบข้อเท็จจริง

การกู้ยืมเงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ประเภทคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการเป็นรายบุคคล

ภายในวงเงิน ๖๐,๐๐๐ บาท

วันที่

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี เป็น ☐ คนพิการ ☐ ผู้ดูแลคนพิการ
 สถานภาพการสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย
 มีบุตร จำนวน คน ประกอบอาชีพ มีบุคคลที่ต้องอุปการะเลี้ยงดู จำนวน คน
 ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ ☐ คู่สมรส ☐ บุตร ☐ ญาติ (ระบุ)

ตอบเฉพาะกรณีเป็นผู้ดูแลคนพิการ คนพิการที่อยู่ในความอุปการะประกอบอาชีพเองไม่ได้เนื่องจาก

☐ มีความพิการจนไม่สามารถประกอบอาชีพได้☐ คนพิการยังไม่บรรลุนิติภาวะ

๒. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย/ถนน แขวง/ตำบล
 เขต/อำเภอ จังหวัด โทรศัพท์

สถานที่ใกล้เคียง

บ้านที่อยู่ปัจจุบัน ☐ บ้านของตนเอง ☐ เช่า ☐ อื่น

๓. ประวัติย่อของผู้กู้ยืมเงิน

☐ ปัจจุบันประกอบอาชีพ ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ☐ รายได้จากการประกอบอาชีพ บาท/เดือน ☐ มีผู้อุปการะ บาท/เดือน☐ ภาระหนี้สิน ☐ ไม่มีหนี้สิน ☐ มีหนี้สิน (ระบุแหล่งเงินกู้ยืม
จำนวน บาท ☐ อื่นๆ (ระบุ)โดยเป็นผู้กู้เงินกองทุน ☐ รายเดิม ☐ รายใหม่

ในกรณีเป็นผู้กู้รายเดิม โดยมียอดเงินกู้ บาท ปัจจุบันมียอดคงเหลือ บาท

เคยค้างชำระเกินสามงวดหรือไม่ ☐ เคย ☐ ไม่เคย

ระดับการศึกษา

ผ่านการฝึกอบรมอาชีพ

๔. อาชีพที่ต้องการทำ ☐ เป็นอาชีพเดิมที่เคยทำ ☐ เป็นอาชีพใหม่

แผนการประกอบอาชีพ หากได้รับเงินทุนกู้ยืม

๑. วันที่คาดว่าจะเริ่มประกอบอาชีพ

๒. สถานที่ประกอบอาชีพ

๓. เวลาประกอบอาชีพ

๔. รายได้ที่คาดว่าจะได้รับต่อวัน

๕. กลุ่มผู้ใช้บริการ/ลูกค้า

๕ ผู้ค้าประกันชื่อ นาย/นาง/นางสาว นามสกุล อายุ ปี
 เกี่ยวข้องกับผู้กู้โดยเป็น อาชีพ สถานที่ทำงาน
 รายได้ บาท/เดือน โทรศัพท์ (ที่ทำงาน)
 การหนี้สิน ☐ ไม่มีหนี้สิน ☐ มีหนี้สิน หนี้สิน (ระบุแหล่งเงินกู้)
 จำนวน บาท อื่นๆ (ระบุ)
 ที่อยู่ผู้ค้าประกัน บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย/ถนน แขวง/ตำบล
 เขต/อำเภอ จังหวัด โทรศัพท์
 โดยที่อยู่อาศัยเป็นกรรมสิทธิ์ของ ☐ บ้านของตนเอง ☐ เช่า ☐ อื่นๆ

การพิจารณาให้คะแนนตามเกณฑ์ชีวิตของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบโดยได้สัมภาษณ์และได้เยี่ยมบ้านแล้ว
 ตามประกาศคณะกรรมการบริหารกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เรื่อง เกณฑ์ ชีวิต
 การพิจารณาให้กู้ยืมเงินทุนประกอบอาชีพจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ข้อ ๕ คุณสมบัติของผู้ขอู้ จำนวน ๑๐๐ คะแนน โดยมีเกณฑ์ชีวิต ดังนี้

(๑) ผู้ขอู้มีภาวะในการดำรงชีวิตและการค่าใช้จ่ายในครอบครัว

- ☐ ทั้งหมด
☐ บางส่วน

ให้คะแนน ๓๐ คะแนน

ให้คะแนน ๑๕ คะแนน

(๒) ผู้ขอู้ มีทักษะในการประกอบอาชีพ

☐ มีทักษะโดยการประกอบอาชีพเดิม / หรือผ่านการฝึกอาชีพซึ่งมีความชำนาญ /

หรือเป็นงานที่ทำอยู่แล้ว / หรือเป็นการขยายกิจการ ให้คะแนน ๓๐ คะแนน

☐ ไม่มีทักษะในการประกอบอาชีพ / หรือประกอบอาชีพใหม่ ให้คะแนน ๑๐ คะแนน

(๓) ผู้ขอู้ มีประวัติเสียหายจากการกู้ยืมจากกองทุน

☐ ไม่เคยค้างชำระเกินสามงวดขึ้นไป ให้คะแนน ๓๐ คะแนน

กรอกรายการชำระ ๑๒ เดือนสุดท้าย ก่อนยื่นคำขอู้ (กรณีเคยกู้มาแล้ว)

๑. วันที่ ๒. วันที่ ๓. วันที่
 ๔. วันที่ ๕. วันที่ ๖. วันที่
 ๗. วันที่ ๘. วันที่ ๙. วันที่
 ๑๐. วันที่ ๑๑. วันที่ ๑๒. วันที่

☐ เคย ค้างชำระติดต่อกันเกินสามงวดแต่แก้ไขมาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี ให้คะแนน ๑๕ คะแนน

รายการชำระ ๑๒ งวดสุดท้าย ก่อนยื่นคำขอู้

๑. วันที่ ๒. วันที่ ๓. วันที่
 ๔. วันที่ ๕. วันที่ ๖. วันที่
 ๗. วันที่ ๘. วันที่ ๙. วันที่
 ๑๐. วันที่ ๑๑. วันที่ ๑๒. วันที่

☐ เคยค้างชำระติดต่อกันเกินสิบสองงวดแต่ปิดบัญชีแล้ว ให้คะแนน ๑๐ คะแนน
 ปิดบัญชีวันที่

(๔) ผู้ขอกู้ มีภาระหนี้สิน

☐

มี

ให้คะแนน ๑๐ คะแนน

☐

ไม่มี

ให้คะแนน ๕ คะแนน

ข้อ ๖ ความสามารถชำระคืนเงินกู้ จำนวน ๑๐๐ คะแนน โดยมีเกณฑ์ชีวิต ดังนี้

(๑) รายได้ที่คาดว่าจะได้รับต่อเดือน (คำนวณจากรายได้เพิ่มขึ้นต่อเดือนโดยคิดจากยอดเงินที่ขอกู้) ๖๐ คะแนน

☐

๑๐% ขึ้นไป (จำนวนรายได้เพิ่มขึ้น.....บาท) ให้คะแนน ๖๐ คะแนน

☐

๕.๐% - ๙.๙% (จำนวนรายได้เพิ่มขึ้น.....บาท) ให้คะแนน ๓๐ คะแนน

☐

ต่ำกว่า ๕.๐% (จำนวนรายได้เพิ่มขึ้น.....บาท) ให้คะแนน ๑๐ คะแนน

(๒) มีปัจจัยที่สนับสนุนความเป็นไปได้ในการประกอบอาชีพ ได้แก่ ทำเล ตลาดรับซื้อ และแผนการประกอบอาชีพ จำนวน ๔๐ คะแนน

☐

มีความเหมาะสมมาก

ให้คะแนน ๔๐ คะแนน

☐

มีความเหมาะสมน้อย

ให้คะแนน ๒๐ คะแนน

ข้อ ๗ ผู้ค้ำประกัน เป็นบุคคลที่น่าเชื่อถือ จำนวน ๑๐๐ คะแนน โดยมีเกณฑ์ชีวิต ดังนี้

(๑) ผู้ค้ำประกัน เป็นบุคคลที่มีรายได้

☐

มีรายได้ประจำและมีหลักฐานมาแสดง

ให้คะแนน ๒๐ คะแนน

☐

มีรายได้ไม่แน่นอนหรือไม่หลักฐานมาแสดง

ให้คะแนน ๑๐ คะแนน

(๒) ผู้ค้ำประกัน มีรายได้ต่อเดือน

☐

๑๕,๐๐๐ บาท ขึ้นไป และมีหลักฐานมาแสดง

ให้คะแนน ๒๐ คะแนน

☐

๑๐,๐๐๐ บาท - ๑๔,๙๙๙ บาท และมีหลักฐานมาแสดง

ให้คะแนน ๑๕ คะแนน

☐

น้อยกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท หรือไม่หลักฐานมาแสดง

ให้คะแนน ๑๐ คะแนน

(๓) การมีที่อยู่อาศัยเป็นของผู้ค้ำประกัน

☐

เป็นเจ้าของบ้านในจังหวัดที่ยื่นขอกู้

ให้คะแนน ๒๐ คะแนน

☐

เช่าผู้อื่นอยู่

ให้คะแนน ๑๐ คะแนน

☐

อื่นๆ

ให้คะแนน ๕ คะแนน

(๔) ภาระหนี้สินของผู้ค้ำประกัน

☐

ไม่มี

ให้คะแนน ๒๐ คะแนน

☐

มี

ให้คะแนน ๑๕ คะแนน

(๕) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้กู้ยืมเงินกับผู้ค้ำประกัน

- | | |
|--|-------------------|
| ☐ เป็นบุพการี/ผู้สืบสันดาน | ให้คะแนน ๒๐ คะแนน |
| ☐ ญาติพี่น้อง (ตามสายโลหิต) | ให้คะแนน ๑๕ คะแนน |
| ☐ บุคคลอื่นที่มีความน่าเชื่อถือ | ให้คะแนน ๑๐ คะแนน |

ผลคะแนนรวมของผู้กู้ยืมเงินจากกองทุนฯ รายนี้

คะแนนรายชื่อ

ข้อ ๕ ได้คะแนน..... คะแนน คิดเป็นร้อยละ.....

ข้อ ๖ ได้คะแนน..... คะแนน คิดเป็นร้อยละ.....

ข้อ ๗ ได้คะแนน..... คะแนน คิดเป็นร้อยละ.....

คะแนนรวม

ได้คะแนน ข้อ ๕ ข้อ ๖ และข้อ ๗ รวมกัน..... คะแนน คิดเป็นร้อยละ.....

ความเห็นเจ้าหน้าที่ในการประเมินความพร้อมของผู้กู้ยืมรายนี้

- | | |
|--|---|
| ☐ ผลคะแนนผ่านเกณฑ์ | ☐ สมควรพิจารณาให้กู้ |
| ☐ ผลคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ | ☐ ยังไม่สมควรพิจารณาให้กู้ |

หมายเหตุ : ผู้กู้ยืมเงินที่จะได้รับการพิจารณาอนุมัติให้กู้ จะต้องได้คะแนน ตามเกณฑ์ชี้วัด คือ ได้คะแนน รายชื่อ ตามข้อ ๕ ข้อ ๖ และข้อ ๗ ในแต่ละข้อมากกว่าร้อยละ ๕๐ และได้คะแนนรวม ตามข้อ ๕ ข้อ ๖ และข้อ ๗ รวมกันมากกว่าร้อยละ ๖๐

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้สัมภาษณ์

(.....)

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

ความเห็นของหัวหน้างาน/หัวหน้ากลุ่ม (กรณีไม่ใช่บุคคลที่สัมภาษณ์)

☐ เห็นด้วย

☐ ไม่เห็นด้วย

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....