



soa
GH BANK

ธนาคาร
อาคารสงเคราะห์
Government
Housing Bank

สำนักงานใหญ่
63 ถนนพหลโยธิน แขวง
พหลโยธิน 10310
โทรศัพท์ 0 2645 9000
โทรสาร 0 2645 9001

ที่ ภ.อนบ.(ข.อด.) ๐๑๔ / 2567

Head Office
63 Rama IX Rd., Huaykwang,
Bangkok 10310 Thailand

สำนักงานอาคารสงเคราะห์ จังหวัดอุดรธานี
F +66 (0) 2645 9001
16646
รับที่... 2567
วันที่... 27 ส.ค. 2567
เวลา... 15.16น

วันที่ 21 สิงหาคม

เรื่อง การขอจัดส่งข้อตกลงโครงการสวัสดิการเงินกู้เพื่อที่อยู่อาศัย (สวัสดิการไม่มีเงินฝาก)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ข้อตกลงระหว่างธนาคารอาคารสงเคราะห์กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
เรื่อง การกู้ยืมเงินเพื่อที่อยู่อาศัยของพนักงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
ฉบับแก้ไขเพิ่มเติมครั้งที่ 1

งานการเงิน
จังหวัดอุดรธานี
รับที่... 1824
วันที่... 27 ส.ค. 67
เวลา... 15.17 น

2. แบบฟอร์มหนังสือรับรองเงินเดือน / ค่าจ้าง

ตามที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ได้พิจารณาเห็นชอบและลงนามข้อตกลงระหว่าง ธนาคารอาคารสงเคราะห์กับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เรื่องการกู้ยืมเงินเพื่อที่อยู่อาศัยของพนักงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ฉบับแก้ไขเพิ่มเติมครั้งที่ 1 และส่งคืนให้กับธนาคารเพื่อดำเนินการต่อไปนั้น

ธนาคารได้อนุมัติและลงนามในข้อตกลงดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว จึงขอจัดส่งข้อตกลงฯ เก็บไว้เป็นหลักฐานและขอเรียนให้ทราบ ดังนี้

1. ธนาคารได้ให้สิทธิพิเศษในการพิจารณาวงเงินกู้ สำหรับผู้ใช้สิทธิสวัสดิการในสังกัดหน่วยงานของท่าน โดยการพิจารณาเงินกู้จะเป็นไปตามเงื่อนไขที่ธนาคารกำหนด

2. เพื่อให้การกู้เงินเป็นไปตามเงื่อนไขในข้อตกลง โดยหน่วยงานของท่านมีหน้าที่นำส่ง **เงินเดือนหรือค่าจ้างของผู้กู้** ซึ่งเป็นพนักงานในสังกัดและใช้สิทธิสวัสดิการชำระหนี้ให้แก่ธนาคาร ทุกๆ เดือน ตามที่ธนาคารแจ้งให้ทราบ จนกว่าผู้กู้จะพ้นสภาพจากการเป็นพนักงานในสังกัดหรือมีการชำระหนี้เสร็จสิ้น

3. วิถีปฏิบัติกรณีหน่วยงานของท่าน มีผู้ใช้สิทธิสวัสดิการการค้างชำระหนี้เงินกู้กับธนาคาร โดยหากมีจำนวนรายค้างชำระสะสมตั้งแต่ร้อยละ 5 ของจำนวนลูกหนี้คงเหลือทั้งหมด หน่วยงานของท่านจะต้องดำเนินการแก้ไขหนี้ค้างชำระให้เสร็จสิ้นหรือลดลงเหลือไม่เกินร้อยละ 3 ภายในระยะเวลา 2 เดือน หากไม่สามารถแก้ไขหนี้ค้างชำระให้ลดตามเกณฑ์ได้ ธนาคารจะชะลอการรับเรื่องยื่นกู้ของผู้กู้รายใหม่และการรับการกู้เพิ่มของลูกค้ายรายเดิม จนกว่าหน่วยงานของท่านจะสามารถแก้ไขหนี้ค้างชำระให้เสร็จสิ้นหรือลดลงตามเกณฑ์ที่กำหนด ธนาคารจึงเปิดให้บริการรับเรื่องยื่นกู้

อนึ่ง ธนาคารสงวนสิทธิ์ในการยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหลักเกณฑ์ดังกล่าว โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และพร้อมกันนี้ได้จัดส่งแบบฟอร์มหนังสือรับรองเงินเดือน / ค่าจ้าง มาเพื่อใช้ในการรับรองการผ่านสิทธิให้แก่พนักงานนำมาแสดงเป็นหลักฐาน ในการติดต่อยื่นคำขอกู้กับธนาคาร โดยสามารถติดต่อยื่นคำขอกู้เงินตามข้อตกลงนี้ได้ที่ ธนาคารอาคารสงเคราะห์ในวันและเวลาทำการ **ยกเว้นกรณีที่เป็นลูกค้าเดิมของธนาคาร กรุณาติดต่อที่สาขาที่เป็นเจ้าของบัญชีเงินกู้**

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและโปรดประชาสัมพันธ์ให้ พนักงานในสังกัดได้ทราบโดยทั่วกัน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานของท่านด้วยดีตลอดไป

ขอแสดงความนับถือ



(นายวิกิจชัย แซ่เจีย)

ผู้จัดการเขตอุดรธานี

ข้อตกลงระหว่างธนาคารอาคารสงเคราะห์กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
เรื่อง การกู้ยืมเงินเพื่อที่อยู่อาศัยของข้าราชการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม ครั้งที่ 1

ตามที่ธนาคารอาคารสงเคราะห์กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ได้ร่วมลงนามในข้อตกลงเรื่อง การกู้ยืมเงินเพื่อที่อยู่อาศัยของข้าราชการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ฉบับลงวันที่ 7 กรกฎาคม 2538 เพื่อให้การกู้ยืมเงินตามข้อตกลงดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อยตามเจตนารมณ์ ทั้งสองฝ่ายจึงตกลงร่วมกันให้แก้ไขข้อความในข้อตกลง ดังต่อไปนี้


ข้อ 1. ข้อตกลงฉบับนี้เป็นข้อตกลงแก้ไขเพิ่มเติมข้อตกลงระหว่างธนาคารอาคารสงเคราะห์กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เรื่อง การกู้ยืมเงินเพื่อที่อยู่อาศัยของข้าราชการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ฉบับลงวันที่ 7 กรกฎาคม 2538


ข้อ 2. ข้อความใดในข้อตกลงระหว่างธนาคารอาคารสงเคราะห์กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ฉบับลงวันที่ 7 กรกฎาคม 2538 ตามข้อ 1. ซึ่งขัดแย้งกับข้อความในข้อตกลงฉบับนี้ธนาคารอาคารสงเคราะห์กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ตกลงให้ใช้ข้อความในข้อตกลงฉบับนี้แทน

ข้อ 3. ให้ยกเลิกข้อความในข้อ 1. ของข้อตกลงฯ ฉบับลงวันที่ 7 กรกฎาคม 2538 และให้ใช้ข้อความต่อไปนี้แทน

ข้อ 1. ในข้อตกลงนี้

“ธนาคาร”	หมายความว่า	ธนาคารอาคารสงเคราะห์
“สำนักงาน”	หมายความว่า	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
“ข้าราชการ”	หมายความว่า	ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานราชการ ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และ ได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างเป็นรายเดือน ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี


(นายอิสระ นาวศิริ)
ผอ.ก.อนบ.
รชก.ผช.กก.ผจก.สภ.1


(นายสมชายโชติ ปิยวัชรเวต)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี





รอส
G H BANK

ธนาคาร
อาคารสงเคราะห์
Government
Housing Bank

สำนักงานใหญ่
63 ถนนพหลโยธิน 9 แขวง
กทพ. 10310
โทรศัพท์ 0 2645 9000
โทรสาร 0 2645 9001

Head Office
63 Rama IX Rd., Huaykwang,
Bangkok 10310 Thailand
T. +66 (0) 2645 9000
F +66 (0) 2645 9001

ข้อ 7. ข้อความใดไม่ปรากฏในข้อตกลงนี้ ธนาคารอาคารสงเคราะห์กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
อุดรธานี ตกลงให้เป็นไปตามข้อตกลงระหว่างธนาคารอาคารสงเคราะห์กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
เรื่อง การกู้ยืมเงินเพื่อที่อยู่อาศัยของข้าราชการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ฉบับลงวันที่ 7 กรกฎาคม 2538

ข้อตกลงนี้ให้ถือปฏิบัติตั้งแต่วันที่.....1.....เดือน.....กันยายน.....พ.ศ. 2567.....เป็นต้นไป

เพื่อธนาคารอาคารสงเคราะห์

ลงนาม.....
(นายอิสระ เนาศิริ)
ผู้อำนวยการภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน
และรักษาการผู้อำนวยการสำนักงานสาขาภูมิภาค 1
วันที่.....2/0 ส.ค. 2567.....

ลงนาม.....
(นายสมชายชาติ ปิยะจิตรเวลา)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
วันที่...../...../.....

ลงนาม.....
(นายวิภิจัย แซ่เจีย)
ผู้จัดการเขตอุดรธานี
พยานฝ่ายธนาคาร

ลงนาม.....
(นางณัฐกรินทร์ อะเพิลท์)
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป.....
พยานฝ่ายหน่วยงาน

แบบฟอร์มหนังสือรับรองเงินเดือน / ค่าจ้าง
(ใช้กระดาษของหน่วยงาน)

ที่ _____

(หน่วยงานเจ้าของหนังสือ)

(วัน เดือน ปี)

เรื่อง การกู้เงินโครงการสวัสดิการเงินกู้เพื่อที่อยู่อาศัย (สวัสดิการไม่มีเงินฝาก)

เรียน กรรมการผู้จัดการธนาคารอาคารสงเคราะห์

อ้างถึง ข้อตกลงระหว่างธนาคารอาคารสงเคราะห์กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
ฉบับลงวันที่ 7 กรกฎาคม 2538 (รหัสสวัสดิการ 061W380017)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ขอเรียนให้ทราบว่า (นาย/นาง/นางสาว/อื่น ๆ)
_____ นามสกุล _____ เป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ตำแหน่ง _____ แผนก / ฝ่าย _____
เข้าทำงานเมื่อวันที่ _____ ได้รับเงินเดือน / ค่าจ้างเดือนละ _____ บาท
(สุทธิเดือนละ _____ บาท) และมีรายได้พิเศษอื่น ๆ เฉลี่ยต่อเดือน _____ บาท
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ได้พิจารณาแล้ว เห็นว่า (นาย/นาง/นางสาว/อื่น ๆ)
_____ นามสกุล _____ มีคุณสมบัติเหมาะสม
ที่จะเป็นผู้กู้ในโครงการสวัสดิการเงินกู้เพื่อที่อยู่อาศัยตามข้อตกลงดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการ

(คำลงท้าย)

(ลงชื่อ)

(พิมพ์ชื่อเต็ม)

(ตำแหน่ง)

หมายเหตุ หนังสือฉบับนี้มีอายุ 90 วัน นับแต่วันที่ออกหนังสือ

(หน่วยงานเจ้าของเรื่อง)

โทร. _____

FR - PBD.WLF-022 (01)

ใช้สำหรับจดทะเบียนของหน่วยงาน

แบบฟอร์มหนังสือแจ้งพ้นสภาพ

เลขที่.....

วัน เดือน ปี

เรื่อง การแจ้งพ้นสภาพการเป็นพนักงาน

เรียน (กรรมการผู้จัดการ ธนาคารอาคารสงเคราะห์ / ผู้อำนวยการฝ่ายสนับสนุนสินเชื่อ / ผู้อำนวยการฝ่าย.... / ผู้จัดการสาขา).....

ตามที่ชื่อหน่วยงาน.....ได้ดำเนินการหักเงินเดือน

หรือค่าจ้างของผู้กู้ชำระหนี้เงินกู้ให้แก่ธนาคารฯ ทุกๆ เดือน ตามที่ธนาคารฯ ได้แจ้งให้ทราบ นั้น

.....ชื่อหน่วยงาน.....ขอแจ้งพ้นสภาพการเป็นพนักงาน ดังต่อไปนี้

ชื่อ - นามสกุล	เลขที่บัญชีเงินกู้	วัน เดือน ปี ที่พ้นสภาพ	สาเหตุ การพ้นสภาพ

.....ชื่อหน่วยงาน.....จึงขอจัดการหักเงินเดือน

พนักงานดังกล่าวเพื่อส่งชำระหนี้เงินกู้ ตั้งแต่เดือนที่พ้นสภาพเป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

- หมายเหตุ**
- 1.หน่วยงานต้องแจ้งการพ้นสภาพพนักงาน (กรณี ลาออก เสียชีวิต หรือเกษียณอายุ) ให้ธนาคารทราบทันที นับจากวันที่มีผล
 - 2.ช่องทางการจัดส่งหนังสือแจ้งพ้นสภาพ
 - * กรณีรหัสสวัสดิการสำนักงานใหญ่ โทรสาร 0-22021443 / E-mail secretary-88813@ghb.co.th / Website (www.ghbank.co.th)
 - * กรณีรหัสสวัสดิการสาขาภูมิภาค E-mail region_center@ghb.co.th / Website (www.ghbank.co.th)

ที่...../2567

หน่วยงาน.....

ที่อยู่หน่วยงาน.....

.....

วันที่.....

เรื่อง การนำส่งเงินเพื่อชำระหนี้สิน

เรียน ผู้จัดการธนาคารอาคารสงเคราะห์ สาขา.....

ด้วย..... มีความประสงค์จ่ายชำระหนี้ให้กับพนักงาน
เป็นการส่งจ่ายในระบบ Corporate online ให้กับบริษัท/องค์กร เพื่อเกิดความสะดวกรวดเร็วในการจ่ายเงิน
ให้แก่หน่วยงาน จึงขอความอนุเคราะห์ชื่อบัญชี / หมายเลขบัญชี เพื่อโอนเงินตามระบบให้กับหน่วยงาน
ของท่านต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อกรุณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

เจ้าหน้าที่ประสานงาน.....

โทร.....