

**ขั้นตอนการเข้าร่วมโครงการแก้ไขปัญหาหนี้ส่วนบุคคลที่ไม่มีหลักประกัน**

**ขั้นตอนที่ 1 : ตรวจสอบคุณสมบัติผู้เข้าร่วมโครงการ**

1. เป็นบุคคลธรรมดา ที่มีรายได้ อายุไม่เกิน 70 ปี (อายุรวมระยะเวลาปรับโครงสร้างหนี้ไม่เกิน 70 ปี)
2. เป็นหนี้เสียบัตรเครดิต บัตรกดเงินสด หรือสินเชื่อส่วนบุคคลที่ไม่มีหลักประกันของสถาบันการเงินที่เข้าร่วมโครงการ
3. เป็นหนี้เสีย หรือ NPL ค้างชำระเกิน 120 วัน\*
4. หนี้รวมไม่เกิน 2 ล้านบาท

\*ตามรายงานเครดิตบูโร ณ เดือนปัจจุบัน ต้องมีสถานะค้างชำระตั้งแต่ 121-150 วันขึ้นไป

**สถาบันการเงินที่เข้าร่วมโครงการ**



**ขั้นตอนที่ 2 : กรอกข้อมูลในแบบฟอร์มใบสมัครให้ครบทุกหน้า**

**ขั้นตอนที่ 3 : จัดเตรียมเอกสารประกอบการพิจารณาเข้าร่วมโครงการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ดังนี้**

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (\* กรุณาขีดปิดทับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ศาสนา และ กรุ๊ปเลือด ในสำเนาบัตรประชาชน )
2. เอกสารรายงานเครดิตบูโร ๑ ของผู้สมัคร (ครบทุกหน้า)
3. เอกสารแสดงรายได้ (แยกตามกรณี)
  - พนักงานประจำ : สลิปเงินเดือนล่าสุด 1 เดือน หรือหนังสือรับรองเงินเดือน
  - อาชีพอิสระ : รายการเดินบัญชีย้อนหลัง 3 เดือน หรือเอกสารแสดงการเสียภาษีเงินได้ 50 ทวิ (ถ้ามี) หรือหนังสือรับรองรายได้ (ตามแบบฟอร์มท้ายใบสมัคร )
4. เอกสารเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล (หากมี)

**ขั้นตอนที่ 4 : จัดส่งใบสมัครตัวจริงและเอกสารประกอบการพิจารณาพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกหน้า มาตามที่อยู่ด้านล่างนี้**

ระบุที่อยู่ : โครงการคลินิกแก้หนี้ ตู้ ปณ. 40 ปณฝ. ชั้นทาวเวอร์ส กทม. 10905  
**หมายเหตุ: แนะนำส่งผ่านไปรษณีย์ไทย เพื่อทางโครงการสามารถตรวจสอบการจัดส่งและป้องกันการสูญหายของเอกสาร**

โครงการคลินิกแก้หนี้ by SAM ขอสงวนสิทธิ์การพิจารณาเฉพาะใบสมัครที่มีเอกสารประกอบครบถ้วนเท่านั้น

ลดภาระ สร้างวินัย ไม่ก่อหนี้เพิ่ม เริ่มชีวิตที่พอเพียง

## หนังสือให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

### สำหรับโครงการคลินิกแก้หนี้

บริษัท บริหารสินทรัพย์ สุขุมวิท จำกัด ( บสส. ) จัดทำหนังสือขอความยินยอมจากท่านในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อวัตถุประสงค์ในการสมัครเข้าร่วม โครงการ ดังนี้

#### ความยินยอมในการเก็บ รวบรวม ใช้เปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคล

1) ข้าพเจ้าประสงค์ให้โครงการ เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวของข้าพเจ้าที่ได้ให้ไว้ ตามที่ปรากฏในเอกสารระบุตัวตน เช่น ศาสนา เชื้อชาติ หมู่โลหิต เพื่อวัตถุประสงค์ในการพิสูจน์และยืนยันตัวตน ประกอบการทำธุรกรรมและ/หรือนิติกรรมสัญญา

ยินยอม

ไม่ยินยอม

2) ข้าพเจ้าประสงค์ให้โครงการ เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าที่ได้ให้ไว้ เพื่อวัตถุประสงค์ในการติดต่อกรณีที่ยังสมัครเข้าร่วมโครงการไม่สำเร็จ หรือเพื่อการประชาสัมพันธ์โครงการให้แก่ข้าพเจ้า

ยินยอม

ไม่ยินยอม

#### ความยินยอมตาม พ.ร.บ. การประกอบธุรกิจข้อมูลเครดิต พ.ศ. 2545

ข้าพเจ้าประสงค์ให้ บสส. และเจ้าหน้าที่เข้าร่วมโครงการที่ข้าพเจ้ามีภาระหนี้ค้างชำระ เก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้า เพื่อใช้ประกอบการสมัคร การพิจารณาเงื่อนไขการปรับปรุงโครงสร้างหนี้ และดำเนินการใดๆ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ หรือวัตถุประสงค์อื่นใดตามแนวนโยบายการช่วยเหลือประชาชนแก้ไขปัญหาหนี้สินของธนาคารแห่งประเทศไทย ได้ตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการ และตกลงยินยอมดังต่อไปนี้

1) ให้เจ้าหน้าที่นำส่งข้อมูลเกี่ยวกับบัญชี ภาระหนี้ ข้อมูลคดีและ/หรือข้อมูลอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีอยู่กับเจ้าหน้าที่ให้กับ บสส.

2) ให้ บสส. เป็นผู้รับและเปิดเผยข้อมูลเครดิตของข้าพเจ้าที่ บริษัท ข้อมูลเครดิตแห่งชาติ จำกัด (NCB) ได้นำส่งให้ บสส.

3) ให้ บสส. นำส่งข้อมูลของข้าพเจ้า และจัดทำรายงานความคืบหน้าเกี่ยวกับการทำธุรกรรมทางการเงินของข้าพเจ้าที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการไปยังเจ้าหน้าที่ และธนาคารแห่งประเทศไทย

ยินยอม

ไม่ยินยอม

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร

(.....) ตัวบรรจง

เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล

วันที่ ..... /..... /.....

ลดภาระ สร้างวินัย ไม่ก่อหนี้เพิ่ม เริ่มชีวิตที่พอเพียง

## ใบสมัครเข้าร่วมโครงการแก้ไขปัญหาหนี้ส่วนบุคคลที่ไม่มีหลักประกัน

วันที่รับเรื่อง.....

เลขที่ใบสมัคร.....(สำหรับเจ้าหน้าที่)

ท่านประสงค์จะเข้าติดต่อที่สาขา  1.กรุงเทพ  2.เชียงใหม่  3.ขอนแก่น  4.สุราษฎร์ธานี  5.พิษณุโลก

ท่านทราบข่าวโครงการแก้ไขปัญหาหนี้ส่วนบุคคลที่ไม่มีหลักประกันจากที่ใด(โปรดระบุ)

- Website / Line คลินิกแก้หนี้  Facebook คลินิกแก้หนี้  สถาบันการเงิน (Facebook / ATM / Line / Mobile App.)  
 สถาบันการเงิน (SMS/Statement)  มหกรรมทางการเงิน (เช่น Money Expo / มหกรรมแบงก์ชาติ / Smart Money)  
 ฝ่ายบุคคลของบริษัท  Youtube/Tik Tok/IG/Twitter TV/วิทยุ ข่าวออนไลน์  คลินิกแก้หนี้สัญจร  
 เพื่อนแนะนำ  หมอหนี้  อื่นๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอสมัครเข้าร่วมโครงการคลินิกแก้หนี้ จึงได้ให้รายละเอียดข้อมูลของข้าพเจ้าไว้กับโครงการ เพื่อประกอบการสมัครเข้าร่วมโครงการและดำเนินการอื่นใดเพื่อประโยชน์ในการเข้าร่วมโครงการของข้าพเจ้า ดังนี้

### 1.ข้อมูลส่วนตัว และข้อมูลการติดต่อ

คำนำหน้าชื่อ  นาย  นาง  นางสาว

ชื่อ..... นามสกุล.....

บัตรประชาชนเลขที่ ..... วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.)..... สัญชาติ .....

### ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่อยู่ตามบัตรประชาชน)

เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....

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

โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ (1) ..... โทรศัพท์มือถือ (2) .....

### ที่อยู่จัดส่งข้อมูลและเอกสาร

ที่อยู่เดียวกับที่อยู่ปัจจุบัน (ไม่ต้องกรอกที่อยู่จัดส่งเอกสาร)

เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน.....

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

E-mail\*\* ..... LINE ID \*\*.....

\*\* หมายเหตุ : ข้าพเจ้าตกลงให้โครงการติดต่อหรือส่งเอกสาร/ ข้อมูลต่างๆ ไปยัง E-mail หรือ LINE ID ที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้

ลดภาระ สร้างวินัย ไม่ก่อหนี้เพิ่ม เริ่มชีวิตที่พอเพียง

**อาชีพ**

- พนักงานรายได้ประจำ (ระบุเพิ่มเติมด้านล่าง)
- ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ
- เอกชน

- รายได้อิสระหรือกิจการส่วนตัว\*
- ระบุประเภทธุรกิจ\*.....

\*กรุณาระบุแหล่งรับรองรายได้ กรอกข้อมูลและลงชื่อรับรองพร้อมแนบเอกสารประกอบใบสมัคร

**2. สถานที่ทำงาน**

ชื่อสถานที่ทำงาน ..... จังหวัด .....

โทรศัพท์ ..... เบอร์ต้อ .....

**3. รายได้**

รายได้รวมต่อเดือน ..... บาท

**4. ภาระหนี้กับสถาบันการเงิน / บริษัท**

- กรุณาระบุเอกสารรายงานเครดิตบูโร\* (ทั้งฉบับ)

**หมายเหตุ**

- \*\* รายงานเครดิตบูโรของท่านถือเป็นเอกสารสำคัญที่ใช้ในการพิจารณาการเข้าร่วมโครงการฯ
- \* ท่านสามารถดูวิธีขอรายงานเครดิตบูโรได้ที่ [www.ncb.co.th](http://www.ncb.co.th) ทั้งนี้ อายุของเอกสารต้องไม่เกิน 1 เดือน ณ วันสมัคร
- \* ใบสมัครฯ และเอกสารประกอบการพิจารณาเข้าโครงการคลินิกแก้หนี้ ในรูปแบบสำเนาไม่สามารถขอคืนได้ เช่น บัตรประชาชน / รายงานเครดิตบูโร / เอกสารแสดงรายได้ ฯลฯ
- \* เอกสารประกอบการพิจารณาที่เป็นต้นฉบับให้ขอคืนภายใน 45 วันนับจากวันที่สมัคร หากเกินกำหนดขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนและทำลายตามระเบียบของโครงการฯ
- \* กรณีที่ได้รับพิจารณาผ่านคุณสมบัติเบื้องต้นและทางโครงการฯ ได้นำส่งเรื่องให้สถาบันการเงินเจ้าหนี้แล้ว จะไม่คืนเอกสารทุกกรณี

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร  
(.....) ตัวบรรจง  
ผู้สมัครเข้าร่วมโครงการคลินิกแก้หนี้  
วันที่ ..... / ..... / .....

ลดภาระ สร้างวินัย ไม่ก่อหนี้เพิ่ม เริ่มชีวิตที่พอเพียง

**แบบฟอร์มยืนยันข้อมูลภาระหนี้สินเชื่อส่วนบุคคลของสถาบันการเงิน/บริษัทที่ไม่ปรากฏในเครดิตบูโร**

ชื่อ..... นามสกุล.....  
บัตรประชาชนเลขที่ ..... เบอร์ติดต่อ .....

สถาบันการเงิน/บริษัท	ไม่มี	มี	ชำระ	ไม่ชำระแล้ว
บมจ. เมืองไทย แคปปิตอล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บมจ. แมกคาเลด กรุ๊ป	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บจก. เมืองไทย เพย์ เลเทอร์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บจก. วิง มั่นนี้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

หมายเหตุ กรณีที่มีบัญชีภาระหนี้กับสถาบันการเงิน/บริษัท ข้างต้น จะต้องแนบเอกสารใบแจ้งหนี้ล่าสุดของสถาบันการเงิน/บริษัท  
นั้นประกอบการสมัคร (ถ้ามี)

ลงนาม..... ผู้สมัคร  
( ..... ) ตัวบรรจง  
วันที่ ..... / ..... / .....

ลดภาระ สร้างวินัย ไม่ก่อหนี้เพิ่ม เริ่มชีวิตที่พอเพียง

ใช้สำหรับอาชีพอิสระเท่านั้น

### หนังสือรับรองรายได้

## โครงการแก้ไขปัญหาหนี้ส่วนบุคคลที่ไม่มีหลักประกัน (โครงการคลินิกแก้หนี้)

(สำหรับผู้ที่ไม่มีสลิปเงินเดือน / รายการเดินบัญชีย้อนหลัง หรือสเตทเมนต์)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

ทำที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....  
อยู่บ้านเลขที่ ..... เบอร์โทรศัพท์ .....  
เป็นผู้สมัครเข้าร่วมโครงการคลินิกแก้หนี้ ขอให้ข้อมูลและให้คำรับรองไว้ต่อ บริษัท บริหารสินทรัพย์สุขุมวิท จำกัด  
("บสส.") เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาเข้าร่วมโครงการ ดังนี้

1. ข้าพเจ้ามีรายได้จากการประกอบอาชีพอิสระ ดังนี้ (สามารถระบุที่มาของรายได้มากกว่า 1 ข้อ ตามจริง)

(1.) (ระบุรายละเอียดการประกอบอาชีพ)..... มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน  
เป็นเงินจำนวน..... บาท

(2.) (ระบุรายละเอียดการประกอบอาชีพ)..... มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน  
เป็นเงินจำนวน..... บาท

(3.) (ระบุรายละเอียดการประกอบอาชีพ)..... มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน  
เป็นเงินจำนวน..... บาท

2. ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่า  
ข้อความที่ได้รับรองไปไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้ถือว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติเข้าร่วมโครงการคลินิกแก้หนี้และ  
ยินดีให้ บสส. ปฏิเสธ หรือพิจารณายกเลิกการเข้าร่วมโครงการได้ทันที

ลงชื่อ .....

(.....)

ผู้สมัครเข้าร่วมโครงการคลินิกแก้หนี้

ลดภาระ สร้างวินัย ไม่ก่อหนี้เพิ่ม เริ่มชีวิตที่พอเพียง