# แบบฟอร์มการสมัครเข้าร่วมโครงการ “คนละครึ่ง พลัส” สำหรับร้านค้าที่ต้องได้รับการยืนยันการประกอบกิจการ

(กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจง ชัดเจน และระบุข้อมูลพร้อมแนบเอกสารหลักฐานให้ถูกต้องและครบถ้วน)

**ข้อมูลผู้ประกอบการร้านค้า** (ร้านอาหารและเครื่องดื่ม ร้านค้าสินค้าทั่วไป ไม่เป็นร้านสะดวกซื้อที่เป็นธุรกิจแฟรนไชส์ และร้านบริการที่กำหนด)

| | | | |
|---|---|---|---|
| ชื่อ-นามสกุล ผู้ประกอบการ | ..... | ชื่อสถานประกอบการ (ถ้ามี) | ..... |

| | |
|---|---|
| เลขประจำตัวประชาชน (กรณีเป็นบุคคลธรรมดาและร้านค้า/บริการของวิสาหกิจชุมชนที่เป็นบุคคลธรรมดา) | ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐ |
| เลขทะเบียนนิติบุคคล (กรณีเป็นร้านค้า/บริการของวิสาหกิจชุมชนที่เป็นนิติบุคคล) | ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐ |

ประเภทกิจการ

**กรณีบุคคลธรรมดา**

☐ ร้านอาหารและเครื่องดื่ม* ☐ ร้าน OTOP*

☐ ร้านให้บริการทำผม ☐ ร้านให้บริการทำเล็บ

☐ ร้านค้าสินค้าทั่วไปและอื่น ๆ* โปรดระบุ .....

☐ ผู้ประกอบการรถรับจ้างขนส่งผู้โดยสารที่ไม่มีกฎหมายกำหนดให้ต้องขออนุญาตจากกรมการขนส่งทางบก (เช่น สามล้อถีบ เป็นต้น)

หมายเหตุ: * ไม่เป็นร้านสะดวกซื้อที่เป็นธุรกิจแฟรนไชส์

**กรณีร้านค้า/บริการของวิสาหกิจชุมชน**

☐ ร้านอาหารและเครื่องดื่ม* ☐ ร้านให้บริการทำผม ทำเล็บ***

☐ ร้านค้าสินค้าทั่วไปและอื่น ๆ* โปรดระบุ .....

☐ ร้านให้บริการนวด สปา**

หมายเหตุ: * ไม่เป็นร้านสะดวกซื้อที่เป็นธุรกิจแฟรนไชส์

** ผู้ให้บริการนวด สปา ต้องมีสถานประกอบการเป็นหลักแหล่งและตรวจสอบได้ และจะต้องได้รับใบอนุญาตถูกต้องตามกฎหมาย

*** ร้านให้บริการทำผม ทำเล็บ ต้องมีสถานประกอบการเป็นหลักแหล่งและตรวจสอบได้

**ทั้งนี้ ร้าน OTOP และร้านค้า/บริการของวิสาหกิจชุมชน จะต้องแนบเอกสารประกอบการสมัคร ดังต่อไปนี้**

ร้าน OTOP : สำเนาหนังสือรับรองผู้ผลิต ผู้ประกอบการ OTOP

ร้านค้า/บริการของวิสาหกิจชุมชน : สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการจดทะเบียน (ท.ว.ช.2)

กรณีร้านค้า/บริการของวิสาหกิจชุมชนที่เป็นร้านให้บริการนวด สปา : สำเนาใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

หมายเหตุ : กรณีร้านค้าอื่น ๆ ที่ไม่ได้ปรากฏตามข้างต้น ได้แก่

1. ร้านค้า/บริการบุคคลธรรมดา ได้แก่ (1) ร้านให้บริการนวดหรือสปา (2) ผู้ประกอบการด้านบริการขนส่งสาธารณะที่ต้องมีใบขับขี่รถสาธารณะ ได้แก่ แท็กซี่มิเตอร์ รถตู้โดยสารประจำทาง รถยนต์สามล้อสาธารณะ รถสองแถวรับจ้าง (รวมรถสองแถวเล็ก (รถกะป๊อ)) รถจักรยานยนต์สาธารณะ
2. ร้านค้า/บริการของกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมือง ทั้งนี้ ผู้ให้บริการนวด สปา จะต้องมีใบอนุญาตตามกฎหมาย และ
3. ร้านค้า/บริการ นิติบุคคลขนาดเล็กที่มีรายได้ไม่เกิน 1.8 ล้านบาท (ยื่นแบบ ภ.ง.ด. 50 รอบบัญชี 67 ตามฐานข้อมูลของกรมสรรพากร ณ วันที่ 30 ก.ย. 68) ซึ่งขายอาหาร เครื่องดื่ม และสินค้าทั่วไป หรือให้บริการนวด สปา ทำเล็บ ทำผม และให้บริการขนส่งสาธารณะ ทั้งนี้ ผู้ให้บริการนวด สปา หรือขนส่งสาธารณะจะต้องมีใบอนุญาตตามกฎหมาย
4. ผู้ประกอบการด้านขนส่งมวลชนสาธารณะ ได้แก่ รถโดยสารประจำทางสาธารณะ และเรือโดยสารสาธารณะ

สามารถสมัครเข้าร่วมโครงการคนละครึ่ง พลัส (โครงการฯ) ได้ผ่านการสมัครโดยตรงกับสาขาของธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) (ธนาคารกรุงไทยฯ) เท่านั้น เนื่องจากต้องมีการตรวจสอบใบขับขี่รถสาธารณะหรือใบอนุญาตหรือข้อมูลกับหน่วยงานของรัฐ

| | |
|---|---|
| ที่อยู่ที่ติดต่อได้ หรือ ที่อยู่สถานประกอบการ | เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....<br>อำเภอ/เขต ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... |
| หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ใช้ติดตั้งแอปพลิเคชันถุงเงิน และใช้เพื่อรับ SMS แจ้งผลการพิจารณาเข้าร่วมโครงการฯ | ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐ |
| อีเมล (ถ้ามี) | ..... |

หลักฐานประกอบการสมัครเข้าร่วมโครงการฯ

| | |
|---|---|
| กรณีร้านค้า และร้านค้า/บริการของวิสาหกิจชุมชนที่เป็นบุคคลธรรมดา | ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ☐ รูปถ่ายสถานประกอบการที่มีเจ้าของกิจการหน้าสถานประกอบการขณะประกอบกิจการ<br>☐ มีบัญชีธนาคารกรุงไทยฯ แบบบุคคลธรรมดาหรือไม่ (ชื่อเจ้าของบัญชีและชื่อผู้ประกอบการที่ลงทะเบียนต้องเป็นชื่อเดียวกัน)<br>☐ มี เลขที่บัญชี ☐☐☐ ☐ ☐☐☐☐☐ ☐ ☐ ไม่มี |
| ร้านค้า/บริการของวิสาหกิจชุมชนที่เป็นนิติบุคคล | ☐ สำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล อายุไม่เกิน 6 เดือน<br>☐ รูปถ่ายสถานประกอบการที่มีเจ้าของกิจการหน้าสถานประกอบการขณะประกอบกิจการ<br>☐ มีบัญชีธนาคารกรุงไทยฯ แบบนิติบุคคลหรือไม่<br>(ชื่อเจ้าของบัญชีจะต้องเป็นชื่อเดียวกันกับนิติบุคคลที่ลงทะเบียน)<br>☐ มี เลขที่บัญชี ☐☐☐ ☐ ☐☐☐☐☐ ☐ ☐ ไม่มี |

/** เงื่อนไข ...

**** เงื่อนไข กรณีตรวจสอบข้อมูลภายหลังพบว่า ข้อมูลไม่ถูกต้องครบถ้วน หรือมีคุณสมบัติไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่โครงการกำหนด ให้ถือว่าไม่มีสิทธิเข้าร่วมโครงการคนละครึ่ง พลัส ได้อีก ****

**ข้อตกลงยินยอมของผู้ประกอบการ**

1. ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงยินยอมให้สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ตลอดจนข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวสูง ได้แก่ ภาพถ่ายใบหน้า ข้อมูลภาพจำลองใบหน้า และหมู่โลหิตหรือศาสนาซึ่งบันทึกอยู่ในหน่วยความจำหรือระบบอื่นใดในบัตรประจำตัวประชาชน ได้ทุกเมื่อตลอดระยะเวลาการดำเนินโครงการฯ เพื่อประโยชน์ในการยืนยันตัวตนหรือการตรวจสอบคุณสมบัติเพื่อรับสิทธิตามโครงการฯ และ/หรือเพื่อการดำเนินการอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับโครงการฯ โดยรายละเอียดเกี่ยวกับประเภทข้อมูลส่วนบุคคล รายการข้อมูลส่วนบุคคล และวัตถุประสงค์การเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยนั้นเป็นไปตามเอกสารแนบที่ปรากฏใน QR Code ท้ายแบบฟอร์มนี้

2. ให้ธนาคารกรุงไทยฯ กระทรวงมหาดไทย กรมส่งเสริมการเกษตร กรมการพัฒนาชุมชน กรมการค้าภายใน กรมการปกครอง กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ผู้ให้บริการระบบขนส่งอาหาร (Food Delivery Platform) และหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ตลอดจนข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวสูง ได้แก่ ภาพถ่ายใบหน้า ข้อมูลภาพจำลองใบหน้า และหมู่โลหิตหรือศาสนาซึ่งบันทึกอยู่ในหน่วยความจำหรือระบบอื่นใดในบัตรประจำตัวประชาชนตามคำสั่งหรือในนามของสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง ได้ทุกเมื่อตลอดระยะเวลาการดำเนินโครงการฯ เพื่อการตรวจสอบข้อมูลและ/หรือเพื่อการยืนยันตัวตน หรือเพื่อการตรวจสอบคุณสมบัติเพื่อรับสิทธิตามโครงการฯ และ/หรือเพื่อการบริหารจัดการโครงการฯ

ความยินยอมของข้าพเจ้าข้างต้นให้มีผลไปตลอดช่วงระยะเวลาดำเนินโครงการฯ และให้มีผลต่อไป แม้ว่าโครงการฯ จะสิ้นสุดลงแล้ว ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบการไม่ปฏิบัติตามหรือฝ่าฝืนสาระสำคัญของโครงการฯ หลักเกณฑ์หรือเงื่อนไขของโครงการฯ หรือขาดคุณสมบัติของผู้ประกอบการที่มีสิทธิเข้าร่วมโครงการฯ

ข้าพเจ้ารับทราบว่า ในฐานะเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล ข้าพเจ้ามีสิทธิตามพระราชบัญญัติข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ดังต่อไปนี้ (ก) สิทธิเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 1 – 2 (ข) สิทธิขอเข้าถึงและขอรับสำเนาข้อมูลส่วนบุคคล (ค) สิทธิขอให้ส่งหรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล (ง) สิทธิขอให้ลบ ทำลาย หรือทำให้ข้อมูลส่วนบุคคลไม่สามารถระบุตัวตนผู้เป็นเจ้าของ (จ) มีสิทธิขอให้ระงับการใช้ข้อมูลส่วนบุคคล (ฉ) สิทธิขอแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคลให้ถูกต้องเป็นปัจจุบัน สมบูรณ์ และไม่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิด (ช) สิทธิร้องเรียนกรณีที่มีการฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 โดยการใช้สิทธิดังกล่าว จะต้องแจ้งความประสงค์ในการใช้สิทธิเป็นหนังสือมายังสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า ในกรณีที่ข้าพเจ้าใช้สิทธิเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 1 – 2 หรือใช้สิทธิขอให้ลบหรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า หรือทำให้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าไม่สามารถระบุตัวตนผู้เป็นเจ้าของ ข้าพเจ้าจะถูกเพิกถอนสิทธิในการเข้าร่วมโครงการฯ ระงับสิทธิในวงเงินร่วมจ่ายตามโครงการฯ ทันทีและข้าพเจ้าจะต้องคืนเงินที่รับจากโครงการฯ ทั้งหมดให้แก่สำนักงานเศรษฐกิจการคลังภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือเรียกเงินคืนจากสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง โดยกระบวนการพิจารณาและดำเนินการให้เป็นไปตามที่สำนักงานเศรษฐกิจการคลังกำหนด

**ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้ไว้ในแบบฟอร์มการสมัครนี้ถูกต้องตามความจริงทุกประการ**

ลงชื่อผู้ประกอบการ.....

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ: (1) ผู้ประกอบการตรวจสอบผลการลงทะเบียนผ่านแอปพลิเคชันถุงเงินได้ในวันถัดไป (2) กรณีได้รับอนุมัติเข้าร่วมโครงการฯ แอปพลิเคชันถุงเงินจะแสดงปุ่ม “คนละครึ่ง พลัส” (3) กดปุ่ม “คนละครึ่ง พลัส” เพื่อยอมรับข้อตกลงและเงื่อนไขโครงการฯ

**สำหรับเจ้าหน้าที่กระทรวงมหาดไทยหรือกรุงเทพมหานคร**

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าเป็นเจ้าหน้าที่กระทรวงมหาดไทยหรือกรุงเทพมหานครที่ดำเนินงานร่วมกับกระทรวงการคลังโดยสำนักงานเศรษฐกิจการคลังในการทำหน้าที่เข้าพบผู้ประกอบการร้านค้าที่ประสงค์จะสมัครเข้าร่วมโครงการฯ หรือเข้าไปในสถานที่เพื่อตรวจสอบข้อเท็จจริงเท่าที่จำเป็นสำหรับให้กระทรวงการคลังใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาเพื่อรับสมัครผู้ประกอบการร้านค้าเข้าร่วมโครงการฯ
2. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูล เอกสาร และหลักฐานที่ให้ไว้ต่อไปนี้ เป็นข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้จากการเข้าพบผู้ประกอบการร้านค้าที่ประสงค์จะสมัครเข้าร่วมโครงการฯ หรือเข้าไปในสถานที่เพื่อตรวจสอบข้อเท็จจริงในกระบวนการพิจารณาเพื่อรับสมัครผู้ประกอบการร้านค้าเข้าร่วมโครงการฯ โดยไม่ได้มีการปลอมหรือแปลง ไม่ว่าโดยวิธีใด
3. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าการให้ข้อมูล เอกสาร และหลักฐานของข้าพเจ้าต่อไปนี้ ไม่ได้เกิดจากเจตนาจะเอื้อประโยชน์แก่ผู้ประกอบการร้านค้ารายใดเป็นการเฉพาะ
4. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าผู้สมัครรายนี้ประกอบกิจการจริง

ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน/พื้นที่รับผิดชอบ.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

วันที่.....หมายเลขโทรศัพท์.....

**สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน)**

(หลังติดตั้งแอปพลิเคชันถุงเงิน)

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สาขา.....

จังหวัด.....

วันที่.....