แบบขอรับเงินช่วยเหลือผู้ปฏิบัติงาน กรณี สูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพ

เขียนที่.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

(1)**สำหรับผู้ขอใช้สิทธิ**

เรียน .....
(อธิการบดี/หัวหน้าส่วนงาน)

ข้าพเจ้า.....
ตำแหน่ง.....สังกัด.....
เป็น□ พนักงานมหาวิทยาลัย (ใช้เงินงบประมาณ) □ พนักงานมหาวิทยาลัย (ข้าราชการ/ลูกจ้างประจำเปลี่ยนสถานภาพ)
□ พนักงานมหาวิทยาลัย (ใช้เงินรายได้) □ ข้าราชการ □ ลูกจ้างประจำ
□ ลูกจ้างของมหาวิทยาลัย □ อื่น ๆ
(ระบุ).....
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่บ้าน.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน..... .มือถือ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินช่วยเหลือผู้ปฏิบัติงาน
□ กรณีสูญเสีย รยางค์ (อวัยวะที่ยื่นออกจากร่างกาย เช่น แขน มือ ขา เท้า เป็นต้น)
ระบุ.....
□ กรณีสูญเสียดวงตา
ระบุ.....
.....
□ อวัยวะอื่นๆ หรือทุพพลภาพ
ระบุ.....
.....

โดยให้โอนเงินเข้าบัญชีตามชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....ที่แนบมาพร้อมนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้า ไม่ได้เป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หรือรับเงินโดยไม่มีสิทธิ หรือรับเกินสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่มหาวิทยาลัยขอนแก่น และข้าพเจ้ายินยอมให้มหาวิทยาลัยขอนแก่น แจ้งให้ธนาคารที่ข้าพเจ้าขอให้มหาวิทยาลัยขอนแก่นโอนเงิน

ช่วยเหลือเข้าบัญชีเงินฝากหักในบัญชีข้าพเจ้า เพื่อส่งคืนมหาวิทยาลัยขอนแก่น จึงลงมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับ
(.....)

(ลงชื่อ) .....พยาน (ลงชื่อ) .....พยาน
(.....)
(.....)

(2) สำหรับการดำเนินการตรวจสอบของมหาวิทยาลัย/ส่วนงาน

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

1) การตรวจสอบโดยผู้รับผิดชอบของกองทรัพยากรบุคคล/ส่วนงาน

1. เรียน.....(อธิการบดี/หัวหน้าส่วนงาน)

1.1 ตรวจสอบสิทธิการเบิก

ได้ตรวจสอบแล้ว (นาย/นาง/นางสาว).....

เป็น□ พนักงานมหาวิทยาลัย (ใช้เงินงบประมาณ) □ พนักงานมหาวิทยาลัย (ข้าราชการ/ลูกจ้างประจำเปลี่ยนสถานภาพ)

□ พนักงานมหาวิทยาลัย (ใช้เงินรายได้) □ ข้าราชการ □ ลูกจ้างประจำ

□ ลูกจ้างของมหาวิทยาลัย □ อื่น ๆ (ระบุ).....

1.2 ตรวจสอบเหตุการณ์สูญเสีย และจำนวนเงินที่ต้องเบิกจ่าย

ได้ตรวจสอบแล้วเป็นกรณี

□ **กรณี 1**. เป็นกรณีสูญเสีย รยางค์ (อวัยวะที่ยื่นออกจากร่างกาย) ระบุ .....

มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือตามที่ขอจริง จำนวน..... บาท (.....)

เห็นควรเบิกจ่ายจาก □ เงินกองทุนส่วนงาน □ เงินกองทุนส่วนกลาง

□ **กรณี 2.** เป็นกรณีสูญเสียดวงตา อวัยวะอื่นๆ หรือทุพพลภาพ ระบุ .....

เห็นควร นำเสนอคณะกรรมการบริหารกองทุนสำรองเพื่อผลประโยชน์และสวัสดิการผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยขอนแก่น พิจารณาตามหลักเกณฑ์ต่อไป

□ ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด เห็นควรเสนอคณะกรรมการบริหารกองทุน สำรองเพื่อผลประโยชน์และสวัสดิการผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยพิจารณาต่อไป เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง.....ผู้ตรวจสอบ

ตำแหน่ง.....(หัวหน้าหน่วยงาน)

<u>หมายเหตุ</u> : กรณีต้องมีการนำเสนอคณะกรรมการกองทุนสำรองเพื่อผลประโยชน์และสวัสดิการผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยพิจารณา ให้ทำบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการกองทรัพยากรบุคคลเพื่อดำเนินการต่อไป

2) การเสนอผลการพิจารณาของคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ (กรณีต้องเสนอคณะกรรมการฯ)

เรียน.....(อธิการบดี/หัวหน้าส่วนงาน)

คณะกรรมการบริหารกองทุนสำรองเพื่อผลประโยชน์และสวัสดิการผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยขอนแก่น ครั้งที่...../.....

เมื่อวันที่.....เห็นชอบให้จ่ายจำนวน.....บาท (.....)

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้อำนวยการกองทรัพยากรบุคคล

3) การตรวจสอบโดยผู้รับผิดชอบการเบิกจ่าย (กองคลัง/ส่วนงาน)

เรียน.....(อธิการบดี/หัวหน้าส่วนงาน)

ได้ตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายถูกต้องแล้ว เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด เห็นควรพิจารณาอนุมัติให้ใช้และเบิกจ่ายเงิน จำนวน ..... บาท จาก .....ตามเสนอให้แก่ .....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

4) การพิจารณาเบิกจ่าย

□ อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(.....)

อธิการบดี / หัวหน้าส่วนงาน

ข้อมูลประกอบการขอรับเงินช่วยเหลือผู้ปฏิบัติงาน กรณี สูญเสียอวัยวะหรือทุพพลภาพ

1. วิธีการยื่นขอรับเงิน

ให้ผู้มีสิทธิกรอกแบบฟอร์มขอความช่วยเหลือพร้อมเอกสารหลักฐานที่กำหนดและยื่นขอรับเงิน ดังนี้

1.1 กรณีพนักงานมหาวิทยาลัยเงินแผ่นดิน หรือผู้ปฏิบัติงานที่สังกัดสำนักงานอธิการบดี ให้ยื่นขอรับเงินที่ กองทรัพยากรบุคคล

1.2 กรณีพนักงานมหาวิทยาลัยเงินรายได้ ลูกจ้างของมหาวิทยาลัย ให้ยื่นขอรับเงินที่ส่วนงาน

2. เอกสารประกอบการขอรับเงิน

1. ให้ผู้ปฏิบัติงาน ยื่นเอกสารขอรับเงินช่วยเหลือตามแนวปฏิบัติที่กำหนด โดยมีเอกสารประกอบ ดังนี้

(1) ใบรับรองแพทย์แสดงว่าได้รับบาดเจ็บถึงสูญเสียอวัยวะ หรือระบุอาการบาดเจ็บที่แสดงว่าทุพพลภาพถาวร

(2) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัย

(3) ภาพถ่ายการสูญเสียอวัยวะ (ถ้ามี)

2. ให้ใช้ใบสำคัญรับเงินของผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัย เป็นหลักฐานการจ่าย

3. เกณฑ์การให้เงิน

1. ให้ผู้รับผิดชอบของส่วนงานตรวจสอบคุณสมบัติ เอกสารและสิทธิการได้รับเงินช่วยเหลือ และดำเนินการเบิกจ่าย โดย

(1) กรณีใช้เงินจากกองทุนส่วนงานให้เบิกจ่ายที่ส่วนงาน

(2) กรณีใช้เงินจากกองทุนส่วนกลางให้ส่งเบิกจ่ายที่กองคลัง

2. กรณีเป็นการขอรับเงินช่วยเหลือการสูญเสียดวงตา หรืออวัยวะอื่นๆ หรือทุพพลภาพ ให้ส่วนงานส่งเรื่องให้ กองทรัพยากรบุคคล เพื่อนำเสนอคณะกรรมการตรวจสอบก่อน จึงสามารถเบิกจ่ายตามข้อ 1. ต่อไป

4. อัตราการจ่ายเงิน

กรณี	อัตราจ่ายไม่เกิน (บาท)
1. เงินช่วยเหลือกรณี สูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพ	
1.3 กรณีสูญเสียรยางค์ (อวัยวะที่ยื่นออกจากร่างกาย เช่น แขน มือ ขา เท้า เป็นต้น)	ข้างละ 25,000.-
1.4 กรณีสูญเสียดวงตา หรืออวัยวะอื่นๆ หรือทุพพลภาพ (ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการ)	10,000 - 50,000.-