

แบบฟอร์มคำร้องขอรับเงินสวัสดิการ หรือเงินสงเคราะห์  
สโมสรเจ้าหน้าที่พนักงานมหาวิทยาลัยพายัพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....  
สังกัดหน่วยงาน.....โทรศัพท์มือถือ.....  
มีความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ช่วยเหลือ ดังนี้ (เลือก  หัวข้อที่จะขอรับเงิน)

1.  เงินสวัสดิการเยี่ยมไข้ ปีการศึกษาละไม่เกิน 2 ครั้ง ๆ ละ 300 บาท  
(เบิกครั้งที่..... ปีการศึกษา.....)

**เอกสารประกอบ** ใบรับรองแพทย์ หรือสำเนาใบรับรองแพทย์มาขอรับสวัสดิการ ภายใน 30 วัน  
นับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาล และสำเนาหน้าปกสมุดบัญชีเพื่อโอนเงินเข้าบัญชี

2.  สงเคราะห์เสียชีวิต

บิดา  มารดา (กรณีที่มีสมาชิกเป็นพี่น้องร่วมบิดา มารดา หรือร่วมแต่บิดา  
หรือร่วมแต่มารดาเดียวกันให้ถือเป็นการสงเคราะห์ช่วยเหลือเพียงรายเดียว) และผู้เสียชีวิต  
เป็นบิดามารดา หรือบิดา หรือมารดา โดยชอบด้วยกฎหมาย

สามีนี คู่สมรสโดยชอบด้วยกฎหมาย

ภรรยา คู่สมรสโดยชอบด้วยกฎหมาย

บุตร โดยชอบด้วยกฎหมาย

(กรณีที่ผู้เสียชีวิตเป็นบุตรของสมาชิกซึ่งเป็นสามีนี ภรรยาโดยชอบด้วยกฎหมาย  
ให้ถือเป็นการสงเคราะห์ช่วยเหลือเพียงรายเดียว)

สมาชิกเสียชีวิต

**เอกสารประกอบ**

1. สำเนาใบมรณะบัตรผู้เสียชีวิต  
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้เสียชีวิต  
3. สำเนาทะเบียนสมรส  
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนสมาชิกผู้ที่จะรับเงิน  
5. สำเนาหน้าสมุดบัญชีที่จะรับโอนเงินเข้า

3.  สงเคราะห์ประสบภัยร้ายแรง

อัคคีภัย

อุทกภัย

วัตภัย

**เอกสารประกอบ** ภาพถ่ายภัยพิบัติที่เกิดความเสียหาย สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน  
สำเนาหน้าสมุดบัญชีที่จะรับโอนเงินเข้าบัญชี

**\*เอกสารประกอบทุกกรณี ให้เซ็นสำเนาถูกต้องให้ครบถ้วนทุกใบ\***

**หมายเหตุ** การให้สวัสดิการสงเคราะห์ต่าง ๆ สามารถนำหลักฐานมายื่นขอรับสวัสดิการได้ภายใน 30 วัน  
นับจากวันที่เกิดเหตุการณ์ เหนรัญญิกจะดำเนินการเบิกเงินให้ภายใน 3-5 วันทำการ  
โดยโอนเงินเข้าบัญชีตามเอกสารแนบ

ลงชื่อ.....

(.....)

...../...../.....

ผู้จ่ายเงิน/เหนรัญญิก

ลงชื่อ.....

(.....)

...../...../.....

ผู้ยื่นคำร้อง