

ลำดับที่.....  
ครั้งที่ขอเบิก.....



YRU. ๐๐๒

กรณีเสียชีวิต COVID-19

แบบฟอร์มขอรับเงินช่วยเหลือเยียวยานักศึกษาผู้ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาด COVID-19  
กองทุนรวมใจสู้ภัยโควิดเพื่อช่วยเหลือนักศึกษาที่ได้รับผลกระทบจากโรคโควิด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินช่วยเหลือเยียวยา กรณีเสียชีวิต COVID-19

เรียน ประธานกรรมการพิจารณาได้ส่วนและจ่ายเงินช่วยเหลือนักศึกษาผู้ได้รับผลกระทบ COVID-19

๑. ชื่อ นาย/นางสาว .....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
รหัสประจำตัวนักศึกษา.....ชั้นปี.....โปรแกรมวิชา.....  
สังกัดคณะ.....ที่อยู่สามารถติดต่อได้.....  
.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....  
๒. เริ่มติดเชื้อ COVID-19 เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....สถานที่ได้รับเชื้อ COVID-19  
(บรรยายเหตุการณ์โดยละเอียด).....  
.....  
.....

๓. ได้เข้าทำการรักษาตัวจากโรค COVID-19 เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
ณ สถานพยาบาล.....และได้ออกจากสถานพยาบาลที่เข้าทำการรักษา  
เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....รวมระยะเวลาในการรักษา .....วัน  
๔. เสียชีวิตจากโรค COVID-19 เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ณ .....

๕. หลักฐานประกอบการขอรับเงินช่วยเหลือกรณีเสียชีวิตจากโรค COVID-19

- |   |                |
|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> หนังสือรับรองการตายจากสถานพยาบาล ระบุ เสียชีวิต COVID-19 | จำนวน.....ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาใบมรณบัตร   | จำนวน.....ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนนักศึกษา                                 | จำนวน.....ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านนักศึกษา                                 | จำนวน.....ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนผู้รับผลประโยชน์                         | จำนวน.....ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับผลประโยชน์                         | จำนวน.....ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนสมรสผู้รับผลประโยชน์                         | จำนวน.....ฉบับ |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นและหลักฐานการขอรับเงินช่วยเหลือเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงินช่วยเหลือ  
(.....)  
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ความคิดเห็นจากคณะที่นักศึกษาสังกัด .....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้บริหารคณะ  
(.....)  
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ผลการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาได้ส่วนช่วยเหลือนักศึกษาที่ได้รับผลกระทบ  
จากการแพร่ระบาดของเชื้อโรค COVID-19 (กรณีเสียชีวิต COVID-19)

- ☐ อนุมัติจ่ายเงินช่วยเหลือ จำนวน ..... บาท
- ☐ ไม่อนุมัติ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญสิทธิ์ ไชยชนะ)  
รองอธิการบดีฝ่ายพัฒนานักศึกษา  
ประธานกรรมการ

(อาจารย์สุรเดช สุวรรณชาติ)  
ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายกฎหมาย  
รองประธานกรรมการ

(นางสาวพัสดราภรณ์ ศรีประสม)  
นิติกร  
กรรมการ

(นายอรุณ หนูสอน)  
หัวหน้างานบริหารทั่วไป  
กรรมการ

(นายแวญฮัน หะยีแวนาแว)  
หัวหน้างานพัฒนานักศึกษา  
กรรมการ

(นางสาวจิราพร จินดาตวง)  
หัวหน้างานบริหารทั่วไป  
กรรมการ

(อาจารย์เวคิน วุฒิวงศ์)  
ผู้อำนวยการกองพัฒนานักศึกษา  
กรรมการและเลขานุการ

(นายสุรศักดิ์ เหมือนเมือง)  
หัวหน้างานสวัสดิการนักศึกษา  
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ