



แบบขอรับเงินช่วยเหลือคำรักษายาบาลนักเรียนและนิสิตผู้ประสบภัยอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ
กองทุนสวัสดิภาพนักเรียนและนิสิต มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- ชื่อ เด็กชาย/เด็กหญิง/นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
นักเรียนระดับ มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย รหัสประจำตัวนักเรียน.....ชั้น.....
นิสิตระดับปริญญา ตรี โท เอก รหัสประจำตัวนิสิต.....ชั้นปีที่.....
คณะ.....สาขาวิชา.....ที่อยู่.....
.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
- เกิดอุบัติเหตุเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.
สถานที่เกิดอุบัติเหตุ.....
อุบัติเหตุเกิดจาก รถยนต์ รถจักรยานยนต์ ทักษะศึกษา.....
 ฝึกงานสหกิจ สาขาวิชา..... กลับภูมิลำเนา.....
 อื่น ๆ
(ทะเบียนรถเลขที่.....กรมธรรม์ พ.ร.บ.เลขที่.....บริษัท.....)
อุบัติเหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (บรรยายเหตุการณ์โดยละเอียด).....
.....
.....
- อาการบาดเจ็บ/อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ.....
.....
- ชื่อ-นามสกุลแพทย์ผู้รักษา.....โรงพยาบาล.....
- จำนวนเงินค่ารักษา.....บาท (.....)
- ค่าชดเชยอุบัติเหตุกรณีผู้ป่วยใน (อย่างน้อย 2 วันขึ้นไป แต่ไม่เกิน 15 วัน) จำนวน.....วัน ๆ ละ 150 บาท
 250 บาท รวมเป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)
- สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) โรงพยาบาล.....จังหวัด.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นและหลักฐานการขอรับเงินช่วยเหลือเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงินช่วยเหลือ
(.....)

หลักฐานการขอรับเงินช่วยเหลือ

- | | | | |
|---|----------------|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงิน (ฉบับจริง) | จำนวน.....ฉบับ | <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริง) | จำนวน.....ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาหน้าบัญชีธนาคารของนิสิต | จำนวน.....ฉบับ | <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวนักเรียนหรือนิสิต | จำนวน.....ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> ตรวจสอบสถานภาพนิสิต | จำนวน.....ฉบับ | <input type="checkbox"/> ตรวจสอบสิทธิบัตรทอง | จำนวน... ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> ตรวจสอบสิทธิ พรบ. | จำนวน.....ฉบับ | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ..... | |

ลงชื่อ.....

(นางประภาพิมล ทิมวัฒนา)

ผู้ช่วยเลขานุการ

เลขานุการคณะกรรมการบริหารกองทุนสวัสดิภาพนักเรียนและนิสิตพิจารณาแล้วเห็นควร

- อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(นายกัณฑ์กวี วิมุติ)

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการกองกิจการนิสิต

กรรมการและเลขานุการ

ประธานคณะกรรมการกองทุนสวัสดิภาพนักเรียนและนิสิตพิจารณาแล้วเห็นควร

- อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(ดร.จรัสดาว คงเมือง)

ประธานกรรมการกองทุนสวัสดิภาพนักเรียนและนิสิต

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ได้รับเงินช่วยเหลือจากกองทุนสวัสดิภาพนักเรียนและนิสิต มหาวิทยาลัยนเรศวร เป็นจำนวนเงิน.....บาท
(.....) เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(นางกัณฑ์มา มานักซ่อง)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แนวปฏิบัติการจ่ายเงินช่วยเหลือ

1. การขอรับเงินช่วยเหลือจากกองทุนสวัสดิภาพนักเรียนและนิสิต ให้นักเรียนหรือนิสิตผู้ประสบภัย หรือผู้ปกครอง กรอกแบบขอรับเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนสวัสดิภาพนักเรียนและนิสิตได้ภายในระยะเวลา 180 วัน นับแต่วันที่ได้รับอุบัติเหตุ โดยนักเรียนโรงเรียนมัธยมสาธิตมหาวิทยาลัยนเรศวร ให้ยื่นคำขอตามแบบขอรับเงินช่วยเหลือที่ สำนักงานโรงเรียนมัธยมสาธิตมหาวิทยาลัยนเรศวร ส่วนนิสิตให้ยื่นคำขอรับเงินช่วยเหลือที่ กองกิจการนิสิต หากพ้นเวลาที่กำหนด สิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือให้เป็นอันระงับไป
2. กรณีผู้ประสบภัยอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ รถยนต์ ให้ใช้สิทธิตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535 ก่อน หากเบิกค่ารักษาพยาบาลจากสิทธิดังกล่าวเต็มตามสิทธิแล้วจะดำเนินการขอเบิกจากกองทุนสวัสดิภาพนักเรียนและนิสิตในจำนวนที่เหลืออยู่โดยใช้หลักฐานสำเนาในการเบิกจ่ายตามข้อ 1 แต่ต้องรับรองจำนวนเงินที่เบิกไปแล้ว และระบุจำนวนเงินที่จะขอเบิกเพิ่มให้ชัดเจน