

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
 สังกัด.....รหัสบุคลากร.....โทรศัพท์.....

2. คู่สมรสของข้าพเจ้า ชื่อ.....
☐ ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ
☐ เป็นข้าราชการ ☐ ลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง..... สังกัด.....
☐ เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการหรือของราชการส่วนท้องถิ่น ตำแหน่ง..... สังกัด.....
☐ เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ

3. กรณีมิได้ใช้สิทธิในฐานะสามี
☐ บุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าโดยการหย่า หรือมิได้สมรสกันตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว
☐ บุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่โดยมิได้หย่าตามกฎหมาย

4. ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินสำหรับการศึกษาของบุตร ดังนี้
☐ [1] เงินบำรุงการศึกษา ☐ [2] เงินค่าเล่าเรียน

1. บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ.....
 เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....
 (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่.....
 ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....
 สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 ชั้นที่ศึกษา.....
☐ [1] จำนวน.....บาท
☐ [2] จำนวน.....บาท

2. บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ.....
 เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....
 (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่.....
 ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....
 สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 ชั้นที่ศึกษา.....
☐ [1] จำนวน.....บาท
☐ [2] จำนวน.....บาท

3. บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ.....
 เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....
 ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....
 สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 ชั้นที่ศึกษา.....
☐ [1] จำนวน.....บาท
☐ [2] จำนวน.....บาท

5. ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

☐ เต็มจำนวน เป็นเงิน.....บาท

☐ ครึ่งจำนวน เป็นเงิน.....บาท

☐ เฉพาะส่วนที่ยังขาด เป็นเงิน.....บาท

รวมเป็นเงิน.....บาท (.....)

6. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

☐ ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ได้รับเงินช่วยเหลือตามประกาศกองทุน พนักงานมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เรื่องการจัดสวัสดิการ พนักงานมหาวิทยาลัย พ.ศ. 2565

☐ สามีนของข้าพเจ้ามิได้ใช้สิทธิ์ขอรับเงินช่วยเหลือจากหน่วยงานที่สังกัด

☐ คู่สมรสของข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือจากรัฐวิสาหกิจหรือหน่วยงานของส่วนราชการหรือของราชการส่วนท้องถิ่นต่ำกว่าจำนวนที่ได้รับตามสิทธิ์ที่พึงมีพึงได้ จำนวน.....บาท จริง

(ลงชื่อ)ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
วันที่.....

7. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่.....