

ที่ มอ.

แบบ กทพ.02

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตรของพนักงานมหาวิทยาลัยฯ

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง () พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จะเป็น

1 ข้าพเจ้า		รหัสบุคลากร	ตำแหน่ง
<input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย			
<input type="checkbox"/> * พนักงานมหาวิทยาลัยเปลี่ยนสถานภาพเป็นพนักงานเงินรายได้ (เบิกเงินรายได้)			
สังกัด		คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ทร.	
2 คู่สมรสของข้าพเจ้า ชื่อ			
<input type="checkbox"/> เป็นบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ และ			
<input type="checkbox"/> เป็นข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ <input type="checkbox"/> เป็นพนักงานมหาวิทยาลัย <input type="checkbox"/> เป็นพนักงานเงินรายได้ / พนักงานเงินวิจัย			
<input type="checkbox"/> ไม่เป็นข้าราชการประจำหรือลูกจ้างประจำ			
<input type="checkbox"/> เป็นข้าราชการ <input type="checkbox"/> เป็นลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง			
สังกัด			
<input type="checkbox"/> เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ หน่วยงานของทางราชการ ราชการส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร องค์กรอิสระ องค์กรมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ตำแหน่ง			
สังกัด			
3 ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและขอใช้สิทธิเนื่องจาก			
<input type="checkbox"/> เป็นบิดาชอบด้วยกฎหมาย			
<input type="checkbox"/> เป็นมารดา			
4 ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินสำหรับการศึกษาบุตร ดังนี้			
(1) เงินบำรุงการศึกษา		(2) เงินค่าเล่าเรียน	
4.1 บุตรชื่อ	เกิดเมื่อ		
เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา)	เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)		
(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่			
ชื่อ	เกิดเมื่อ	ถึงแก่กรรมเมื่อ	
สถานศึกษา	อำเภอ	จังหวัด	
ชั้นที่ศึกษา	() (1) จำนวน	บาท	
	() (2) จำนวน	บาท	
4.2 บุตรชื่อ	เกิดเมื่อ		
เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา)	เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)		
(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่			
ชื่อ	เกิดเมื่อ	ถึงแก่กรรมเมื่อ	
สถานศึกษา	อำเภอ	จังหวัด	
ชั้นที่ศึกษา	() (1) จำนวน	บาท	
	() (2) จำนวน	บาท	
4.3 บุตรชื่อ	เกิดเมื่อ		
เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา)	เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)		
(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่			
ชื่อ	เกิดเมื่อ	ถึงแก่กรรมเมื่อ	
สถานศึกษา	อำเภอ	จังหวัด	
ชั้นที่ศึกษา	() (1) จำนวน	บาท	
	() (2) จำนวน	บาท	

5 ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

() ตามสิทธิ

() เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ

เป็นเงิน บาท (.....) (ก)

6 เสนอ (ข)

() ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือตามประกาศมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เรื่อง การจัดสวัสดิการพนักงานมหาวิทยาลัย พ.ศ. 2565 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และข้อความที่ระบุข้างต้นเป็นความจริง

() บุตรของข้าพเจ้าอยู่ในข่ายได้รับการช่วยเหลือตามประกาศมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เรื่อง การจัดสวัสดิการพนักงานมหาวิทยาลัย พ.ศ. 2565 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

() ข้าพเจ้าเป็นผู้ใช้สิทธิเบิกเงินช่วยเหลือตามประกาศมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เรื่อง การจัดสวัสดิการพนักงานมหาวิทยาลัย พ.ศ. 2565 และที่แก้ไขเพิ่มเติม แต่เพียงฝ่ายเดียว

() คู่สมรสของข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือจากรัฐวิสาหกิจ หน่วยงานของทางราชการ ราชการท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร

องค์กรอิสระ องค์กรมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ต่ำกว่าจำนวนที่ได้รับจากทางราชการ

จำนวน บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ามีสิทธิเบิกได้ตามประกาศมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เรื่อง การจัดสวัสดิการพนักงานมหาวิทยาลัย พ.ศ. 2565 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ตามจำนวนที่ขอเบิก

(ลงชื่อ) ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่

7 เรียบ
ตรวจสอบสิทธิการเบิกจ่ายแล้วถูกต้องตามระเบียบ

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

(เจ้าหน้าที่สาขาวิชา/ฝ่าย/หน่วยงาน)

8 คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

(ผู้มีอำนาจอนุมัติเบิกจ่าย)

ตรวจสอบแล้วถูกต้อง

(เจ้าหน้าที่ฝ่ายการคลัง)

คำชี้แจง

(ก) ให้ระบุการมีสิทธิเพียงใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามประกาศมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เรื่อง การจัดสวัสดิการพนักงานมหาวิทยาลัย พ.ศ. 2565 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

(ข) ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ