**แบบคำขอรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์**

**จากคณะอนุกรรมการสวัสดิการ วิทยาเขตกาญจนบุรี**

เขียนที่.....................................................................

วันที่...............เดือน.........................พ.ศ...................

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว...................................................................................................................................

ตำแหน่ง..................................................สังกัด...........................................................................................................

ที่อยู่เลขที่..................ตำบล/แขวง.................................อำเภอ/เขต...........................จังหวัด.....................................

⃝ ข้าราชการ ระดับ.................. ⃝ พนักงานมหาวิทยาลัย

⃝ ลูกจ้างประจำ ⃝ ลูกจ้างชั่วคราว

ขอรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ตามระเบียบปฏิบัติคณะอนุกรรมการสวัสดิการวิทยาเขตกาญจนบุรี ว่าด้วย หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสวัสดิการสงเคราะห์แก่บุคลากร พ.ศ. ๒๕๕๕ กรณี

⃝ ผู้ปฏิบัติงานเจ็บป่วย เข้ารักษาตัว ณ โรงพยาบาล..............................ระหว่างวันที่.......................

⃝ ผู้ปฏิบัติได้บุตร ณ วันที่............................................

⃝ ผู้ปฏิบัติงานเสียชีวิต ณ วันที่............................................

⃝ ญาติสายตรงเสียชีวิต ณ วันที่...........................................

⃝ อื่น ๆ .......................................................................................

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.........................................................ผู้ยื่นคำขอ

(.......................................................)

หมายเหตุ แนบเอกสารประกอบการพิจารณาดังนี้

1. กรณีเสียชีวิต: ใบมรณะบัตรของผู้เสียชีวิต, สำเนาทะเบียนบ้าน, สำเนาบัตรประชาชน, และเอกสารแสดงความเป็นญาติสายตรงกับผู้ปฏิบัติงาน
2. กรณีเจ็บป่วย: ใบรับรองแพทย์, สำเนาทะเบียนบ้าน, สำเนาบัตรประชาชน
3. กรณีคลอดบุตร: ใบรับรองแพทย์, สำเนาทะเบียนบ้าน, สำเนาบัตรประชาชน, ใบสูติบัตร

|  |  |
| --- | --- |
| ตรวจสอบเอกสาร โดย เลขานุการฯ  🞏 เอกสารครบถ้วน 🞏 เอกสาร*ไม่*ครบถ้วน  ความเห็น  .......................................................................................  .......................................................................................  (.......................................................)  เลขานุการอนุกรรมการสวัสดิการฯ | ประธานคณะอนุกรรมการสวัสดิการพิจารณาอนุมัติ  🞏 เห็นชอบ/อนุมัติ 🞏 ไม่อนุมัติ  เนื่องจาก.......................................................................................  .......................................................................................  (.......................................................)  ประธานอนุกรรมการสวัสดิการวิทยาเขตกาญจนบุรี |