# แบบขอรับเงินช่วยเหลือผู้ปฏิบัติงาน กรณี สูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพ

เขียนที่.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

**(1) สำหรับผู้ขอใช้สิทธิ**

**เรียน .....** (อธิการบดี/หัวหน้าส่วนงาน)

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....

เป็น ☐ พนักงานมหาวิทยาลัย (ใช้เงินงบประมาณ) ☐ พนักงานมหาวิทยาลัย (ใช้เงินรายได้) ☐ ข้าราชการ

☐ ลูกจ้างประจำ ☐ ลูกจ้างของมหาวิทยาลัย ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่บ้าน.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน..... .มือถือ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินช่วยเหลือผู้ปฏิบัติงาน

☐ กรณีสูญเสีย รยางค์ (อวัยวะที่ยื่นออกจากร่างกาย เช่น แขน มือ ขา เท้า เป็นต้น) ระบุ.....

☐ กรณีสูญเสียดวงตา ระบุ.....

☐ อวัยวะอื่นๆ หรือทุพพลภาพ ระบุ.....

โดยให้โอนเงินเข้าบัญชีตามชื่อบัญชีและเลขที่บัญชีที่แนบมาพร้อมนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้า ไม่ได้เป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หรือรับเงินโดยไม่มีสิทธิ หรือรับเกินสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าว ตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่มหาวิทยาลัยขอนแก่น และข้าพเจ้ายินยอมให้มหาวิทยาลัยขอนแก่น แจ้งให้ธนาคารที่ข้าพเจ้าขอให้มหาวิทยาลัยขอนแก่นโอนเงินช่วยเหลือเข้าบัญชีเงินฝากหักในบัญชีข้าพเจ้า เพื่อส่งคืนมหาวิทยาลัยขอนแก่น จึงลงมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับ

(.....)

(ลงชื่อ) .....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ) .....พยาน

(.....)

**(2) สำหรับการดำเนินการตรวจสอบของมหาวิทยาลัย/ส่วนงาน** **(สำหรับเจ้าหน้าที่)**

**ก.) การตรวจสอบ**

1. เรียน.....(อธิการบดี/หัวหน้าส่วนงาน)

1.1 ตรวจสอบสิทธิการเบิก

ได้ตรวจสอบแล้ว (นาย/นาง/นางสาว).....

เป็น ☐ พนักงานมหาวิทยาลัย (ใช้เงินงบประมาณ) ☐ พนักงานมหาวิทยาลัย (ใช้เงินรายได้) ☐ ข้าราชการ

☐ ลูกจ้างประจำ ☐ ลูกจ้างของมหาวิทยาลัย ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

1.2 ตรวจสอบเหตุการณ์สูญเสีย และจำนวนเงินที่ต้องเบิกจ่าย

ได้ตรวจสอบแล้วเป็นกรณี

☐ **กรณี 1**. เป็นกรณีสูญเสีย รยางค์ (อวัยวะที่ยื่นออกจากร่างกาย) ระบุ .....

มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือตามที่ขอจริง จำนวน..... บาท (.....)

เห็นควรเบิกจ่ายจาก ☐ เงินกองทุนส่วนงาน ☐ เงินกองทุนส่วนกลาง

☐ **กรณี 2.** เป็นกรณีสูญเสียดวงตา อวัยวะอื่นๆ หรือทุพพลภาพ ระบุ .....

เห็นควร นำเสนอคณะกรรมการบริหารกองทุนสำรองเพื่อผลประโยชน์และสวัสดิการผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยขอนแก่น พิจารณาตามหลักเกณฑ์ต่อไป

☐ ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด เห็นควรเสนอคณะกรรมการบริหารกองทุน สำรองเพื่อผลประโยชน์และสวัสดิการผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยพิจารณาต่อไป เนื่องจาก.....

ลงชื่อ..... ลงชื่อ .....

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

ตำแหน่ง.....ผู้ตรวจสอบ ตำแหน่ง.....(หัวหน้าหน่วยงาน)

หมายเหตุ : หากเป็นกรณี 1. ให้เสนอผู้มีอำนาจอนุมัติตาม (ข.)

หากเป็นกรณี 2. ให้เสนอคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ พิจารณา

**กรณี เสนอคณะกรรมการกองทุนสำรองเพื่อผลประโยชน์และสวัสดิการผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยขอนแก่นเพื่อพิจารณา**

1. ให้ส่วนงานทำบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการกองทรัพยากรบุคคล เพื่อเสนอที่ประชุมคณะกรรมการกองทุนฯ พิจารณา

**2. แจ้งผลการพิจารณาของคณะกรรมการกองทุนฯ**

เรียน.....อธิการบดี/หัวหน้าส่วนงาน

คณะกรรมการบริหารกองทุนสำรองเพื่อผลประโยชน์และสวัสดิการผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยขอนแก่น ครั้งที่...../.....

เมื่อวันที่.....เห็นชอบให้จ่ายจำนวน.....บาท (.....)

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้อำนวยการกองทรัพยากรบุคคล

**การพิจารณาเบิกจ่าย**

**ข.) การเบิกจ่ายจากส่วนงาน/สำนักงานอธิการบดี**

☐ อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(.....)

อธิการบดี / หัวหน้าส่วนงาน

**ประกาศมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับที่ 1605/2564)**
**เรื่อง หลักเกณฑ์ อัตราการจ่ายและวิธีการจ่ายเงินสวัสดิการผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัย**

**ข้อ 6 เงินช่วยเหลือผู้ปฏิบัติงาน กรณีเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะหรือทุพพลภาพ**

6.1 สิทธิได้รับเงินช่วยเหลือ จะต้องไม่เกิดจากผู้ปฏิบัติงานใช้จ้างวาน หรือก่อเหตุให้เกิดความเสียหายแก่มหาวิทยาลัย หรือเป็นการกระทำผิดกฎหมายอาญา

6.2 ผู้มีสิทธิยื่นขอรับเงินช่วยเหลือ คือ ผู้ปฏิบัติงาน หรือทายาทตามกฎหมายแล้วแต่กรณี

6.3 คณะกรรมการอาจตั้งคณะอนุกรรมการขึ้นมาเพื่อพิจารณาเป็นรายกรณี และคณะกรรมการมีสิทธิเพิกถอน ระงับ หรือเรียกคืนเงินช่วยเหลือหากพบว่าผู้มีสิทธิยื่นขอรับเงินช่วยเหลือ แสดงหลักฐานอันเป็นเท็จหรือการกระทำนั้นเป็นการกระทำผิดกฎหมายอาญา และให้ถือเป็นการกระทำผิดวินัยอย่างร้ายแรง

6.4 การวินิจฉัยกรณีการกระทำผิดที่อาจไม่ได้รับค่าช่วยเหลือตาม 6.1 หรือ การวินิจฉัยกรณีการสูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพอื่นๆ ที่ไม่กำหนดไว้ให้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการที่คณะกรรมการมอบหมาย

**ส่วนที่ 1 วิธีการขอรับเงิน หรือเบิกจ่ายเงินสวัสดิการผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัย**

**1. เงินสวัสดิการกรณีกรณีเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพ**

1.1 ให้ผู้ปฏิบัติงาน หรือทายาทตามกฎหมายยื่นเอกสารขอรับเงินช่วยเหลือตามแนวปฏิบัติที่กำหนด โดยมีเอกสารประกอบ ดังนี้

**กรณีสูญเสียอวัยวะ**

(1) ใบรับรองแพทย์แสดงว่าได้รับบาดเจ็บถึงสูญเสียอวัยวะ หรือระบุอาการบาดเจ็บที่แสดงว่าทุพพลภาพถาวร

(2) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัย (3) ภาพถ่ายการสูญเสียอวัยวะ (ถ้ามี)

**กรณีเสียชีวิต**

(1) สำเนาใบมรณะบัตรของผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยที่เสียชีวิต

(2) สำเนาทะเบียนบ้าน “ประทับตราตาย” ของผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยที่เสียชีวิต

(3) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรข้าราชการของผู้มีสิทธิรับเงิน

(4) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิรับเงิน (5) สำเนาทะเบียนสมรส (กรณีสมรส)

(6) สำเนาใบสำคัญการอย่า (กรณีหย่า) (7) สำเนาใบมรณะบัตรของคู่สมรส (กรณีเสียชีวิต)

1.2 ให้ใช้ใบสำคัญรับเงินของผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยหรือทายาทตามกฎหมายแล้วแต่กรณี เป็นหลักฐานการจ่าย

1.3 กรณีทายาทตามกฎหมายยื่นขอรับเงิน ให้พิจารณาตามลำดับทายาทที่กำหนด เมื่อปรากฏว่าทายาทในแต่ละระดับมีชีวิตอยู่ ทายาทในลำดับถัดไปไม่มีสิทธิได้รับ ถ้าทายาทที่มีสิทธิในลำดับเดียวกันหลายคนให้แบ่งเงินให้แก่ทุกคนในสัดส่วนเท่ากัน

**ส่วนที่ 2 อัตราการจ่ายเงินภายใต้กองทุน**

| กรณี | อัตราจ่ายไม่เกิน (บาท) |
|---|---|
| **1. เงินช่วยเหลือกรณีเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพ** | |
| 1.1 กรณีเสียชีวิตขณะปฏิบัติงาน | 100,000.- |
| 1.2 กรณีเสียชีวิตนอกเวลาปฏิบัติงาน | 50,000.- |
| 1.3 กรณีสูญเสียรยางค์ (อวัยวะที่ยื่นออกจากร่างกาย เช่น แขน มือ ขา เท้า เป็นต้น) | ข้างละ 25,000.- |
| 1.4 กรณีสูญเสียดวงตา หรืออวัยวะอื่นๆ หรือทุพพลภาพ (ผ่านความเห็นชอบของคณะ | กรรมการ) 10,000-50,000.- |

**แนวปฏิบัติการขอรับเงิน หรือเบิกจ่ายเงินสวัสดิการผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัย**

**1. เงินช่วยเหลือผู้ปฏิบัติงาน กรณีเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพ**

1.1 ให้ผู้มีสิทธิยื่นแบบขอความช่วยเหลือโดยยื่นที่ส่วนงานสังกัด กรณีสังกัดสำนักงานอธิการบดีให้ยื่นที่กองทรัพยากรบุคคล ตามแบบฟอร์มที่กำหนด

1.2 ให้ผู้รับผิดชอบของส่วนงานตรวจสอบคุณสมบัติ เอกสารและสิทธิการได้รับเงินช่วยเหลือ และดำเนินการเบิกจ่าย โดย

(1) กรณีใช้เงินจากกองทุนส่วนงานให้เบิกจ่ายที่ส่วนงาน

(2) กรณีใช้เงินจากกองทุนส่วนกลางให้ส่งเบิกจ่ายที่กองคลัง

1.3 กรณีเป็นการขอรับเงินช่วยเหลือการสูญเสียดวงตา หรืออวัยวะอื่นๆ หรือทุพพลภาพ ให้ส่วนงานส่งเรื่องให้กองทรัพยากรบุคคล เพื่อนำเสนอคณะกรรมการตรวจสอบก่อน จึงสามารถเบิกจ่ายตามข้อ 1.2 ต่อไป

1.4 ทายาทตามกฎหมาย ให้ลำดับดังนี้

(1) คู่สมรสตามกฎหมาย (2) บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย

(3) บิดามารดาที่ชอบด้วยกฎหมาย (4) พี่น้องร่วมบิดามารดา

(5) พี่น้องร่วมบิดา หรือ มารดาเดียวกัน (6) ปู่ ย่า ตา ยาย

(7) ลุง ป้า น้า อา