**แบบคำขอรับเงินช่วยเหลือกรณีบุคลากรติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)**

**คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์**

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

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลบุคลากรผู้มีสิทธิยื่นคำขอ**

ชื่อ...................................................................................สกุล..................................................................................

เลขประจำตัวประชาชน...........................................................................................................................................

วัน/เดือน/ปี เกิด......................................................................................................... อายุ...................................ปี

ตำแหน่ง......................................................................หน่วยงาน............................................................................

โทรศัพท์..................................................................... อีเมล์....................................................................................

ระดับการเจ็บป่วย 🞏 อาการหนัก ต้องรักษาพยาบาลในห้อง Intensive Care Unit หรือ ICU

* อื่น ๆ (โปรดระบุ)..............................................................................................................

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ยื่นคำขอแทน /ผู้ได้รับมอบอำนาจ (กรณีที่บุคลากรมิได้ยื่นคำขอด้วยตนเอง)**

ชื่อ...................................................................................สกุล..................................................................................

เลขประจำตัวประชาชน...........................................................................................................................................

วัน/เดือน/ปี เกิด......................................................................................................... อายุ...................................ปี

มีความสัมพันธ์กับบุคลากรผู้ยื่นคำขอ โดยมีสถานะเป็น..........................................................................................

โทรศัพท์..................................................................... อีเมล์....................................................................................

**ส่วนที่ 3 รายละเอียดการขอรับเงินช่วยเหลือ**

ข้าพเจ้าในฐานะ 🞏 ผู้มีสิทธิ 🞏 ผู้บังคับบัญชาของบุคลากรผู้มีสิทธิ 🞏 ทายาทผู้มีสิทธิได้รับมรดก/ผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจากทายาท มีความประสงค์ขอรับเงินช่วยเหลือกรณีบุคลากรเป็นผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 **(COVID-19)** โดยได้แนบเอกสารเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา ดังนี้

🞏 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของบุคลากรผู้ยื่นคำขอ จำนวน 1 ฉบับ

🞏 หลักฐานแสดงผลการตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 **(COVID-19)** จำนวน ............ฉบับ

🞏 ใบรับรองแพทย์แสดงผลการวินิจฉัย ความรุนแรงของการติดเชื้อ ระดับอาการป่วยและการเข้ารับการรักษาพยาบาล จำนวน ...........ฉบับ

🞏 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอแทน (ตามแต่กรณี) จำนวน 1 ฉบับ

🞏 สำเนาทะเบียนบ้านของทายาทผู้มีสิทธิได้รับมรดกของบุคลากร จำนวน 1 ฉบับ

🞏 หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมีการมอบอำนาจ) จำนวน 1 ฉบับ

🞏 สำเนาใบมรณบัตร (กรณีเสียชีวิต) จำนวน 1 ฉบับ

🞏 สำเนาหน้าบัญชีธนาคารของบุคลากร หรือทายาทผู้มีสิทธิได้รับมรดก (ตามแต่กรณี) จำนวน 1 ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดเอกสาร หลักฐานประกอบ ตลอดจนสำเนาเอกสารประกอบการยื่นคำขอในครั้งนี้ เป็นเอกสารที่ถูกต้องและเป็นความจริง ทั้งนี้ หากมีการตรวจสอบภายหลังพบว่ารายละเอียดเอกสาร หลักฐานประกอบ ตลอดจนสำเนาเอกสารไม่ถูกต้องหรือเป็นเท็จ ไม่ว่าทั้งหมดหรือแต่ส่วนหนึ่งส่วนใด ข้าพเจ้าย่อมสิ้นสิทธิในการรับเงินช่วยเหลือตามประกาศนี้ทุกประการ

ลงชื่อ..................................................................ผู้ยื่นคำขอ/ผู้ยื่นคำขอแทน

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

................/............................./....................

****

**ส่วนที่ 4 ข้อมูลและคำรับรองของผู้บังคับบัญชา**

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

ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว...............................................................................................................................................

ตำแหน่ง..................................................................... สังกัดงาน/โครงการ/ภาควิชา...............................................................

ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 **(COVID–19)** และเป็นผู้มีสิทธิตามประกาศคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เรื่อง หลักเกณฑ์ และวิธีการจ่ายเงินช่วยเหลือแก่บุคลากรคณะวิศวกรรมศาสตร์ กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 **(COVID-19)** และไม่อยู่ภายใต้ความคุ้มครองตามโครงการประกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 **(COVID-19)** ที่คณะวิศวกรรมศาสตร์ หรือมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์จัดทำประกันหรือเป็นผู้จ่ายค่าเบี้ยประกันให้กับบุคลากรคนดังกล่าว

ลงชื่อ ....................................................................

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

................/............................./....................

**ส่วนที่ 5 การอนุมัติ**

|  |
| --- |
| **เรียน คณบดี (ผ่านรองคณบดีฝ่ายการคลังฯ)**  ขอเบิกครั้งนี้ ....................................... บาท ตรวจสอบความถูกต้องแล้ว ตรวจสอบความถูกต้องแล้ว  สิทธิเบิกตามประกาศคณะวิศวฯ มธ. เรื่อง หลักเกณฑ์และ เห็นควรอนุมัติ เห็นควรอนุมัติ  วิธีการจ่ายเงินช่วยเหลือแก่บุคลากรคณะวิศวกรรมศาสตร์  กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (.............2564)    ตรวจสอบแล้ว ลงชื่อ........................................................... (ลงชื่อ)............................................ (ลงชื่อ)............................................  (......................................................) (นางสายสุณี ผลพิทักษ์) (นางสุกัญญา ว่องวิกย์การ)  เจ้าหน้าที่การเงิน หัวหน้างานการเงิน เลขานุการคณะวิศวกรรมศาสตร์  วันที่...........เดือน...................พ.ศ...........วันที่...........เดือน...................พ.ศ...........วันที่............เดือน.................พ.ศ.......... |
| **เห็นควรอนุมัติ อนุมัติ**  (ลงชื่อ).............................................................. (ลงชื่อ)..................................................................  (รองศาสตราจารย์ ดร.อิศเรศ ธุชกัลยา) (รองศาสตราจารย์ ดร.ธีร เจียศิริพงษ์กุล)  รองคณบดีฝ่ายการคลังและงบประมาณ คณบดีคณะวิศวกรรมศาสตร์  วันที่...........เดือน...................พ.ศ...........วันที่............เดือน.................พ.ศ.......... |
| ใบรับเงิน  ได้รับเงินสวัสดิการ จำนวน ...................................บาท (......................................................................................................) ไว้ถูกต้องแล้ว  (ลงชื่อ)..................................................................ผู้รับเงิน  (................................................................)  (ลงชื่อ)................................................................ผู้จ่ายเงิน  (.................................................................)  วันที่...............เดือน.............................พ.ศ............... |