

ที่ มอ.

แบบ พงด.02

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตรของพนักงานเงินรายได้มหาวิทยาลัยฯ

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง () พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จะเป็น

1	ข้าพเจ้า	รหัสบุคลากร	ตำแหน่ง
	สังกัด	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทร.	
2	คู่สมรสของข้าพเจ้า ชื่อ		
	() เป็นบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ และ		
	() เป็นข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ () เป็นพนักงานมหาวิทยาลัย () เป็นพนักงานเงินรายได้ / พนักงานเงินวิจัย		
	() ไม่เป็นข้าราชการประจำหรือลูกจ้างประจำ		
	() เป็นข้าราชการ () เป็นลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง สังกัด		
	() เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ หน่วยงานของทางราชการ ราชการส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร องค์กรอิสระ องค์กรมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ตำแหน่ง สังกัด		
3	ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและขอใช้สิทธิ เนื่องจาก		
	() เป็นบิดาขอด้วยกฎหมาย		
	() เป็นมารดา		
4	ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินสำหรับการศึกษาของบุตร 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 การจัดสวัสดิการพนักงานเงินรายได้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พ.ศ. 2566 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และข้อความที่ระบุข้างต้นเป็นความจริง

() บุตรของข้าพเจ้าอยู่ในข่ายได้รับการช่วยเหลือตามประกาศมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เรื่อง การจัดสวัสดิการพนักงานเงินรายได้มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พ.ศ. 2566 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

() ข้าพเจ้าเป็นผู้ใช้สิทธิเบิกเงินช่วยเหลือตามประกาศมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เรื่อง การจัดสวัสดิการพนักงานเงินรายได้มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พ.ศ. 2566 และที่แก้ไขเพิ่มเติม แต่เพียงฝ่ายเดียว

() คู่สมรสของข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือจากรัฐวิสาหกิจ หน่วยงานของทางราชการ ราชการท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร องค์การอิสระ องค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ต่ำกว่าจำนวนที่ได้รับจากทางราชการ

จำนวน บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ามีสิทธิเบิกได้ตามประกาศมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เรื่อง การจัดสวัสดิการพนักงานเงินรายได้มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พ.ศ. 2566 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ตามจำนวนที่ขอเบิก

(ลงชื่อ) ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่

7 เรียน

ตรวจสอบสิทธิการเบิกจ่ายแล้วถูกต้องตามระเบียบ

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

(เจ้าหน้าที่สาขาวิชา/ฝ่าย/หน่วยงาน)

8 คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

(ผู้มีอำนาจอนุมัติเบิกจ่าย)

ตรวจสอบแล้วถูกต้อง

(เจ้าหน้าที่ฝ่ายการคลัง)

คำชี้แจง

(ก) ให้ระบุงการมีสิทธิเพียงใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามประกาศมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เรื่อง การจัดสวัสดิการพนักงานเงินรายได้มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พ.ศ. 2566 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

(ข) ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ