**ใบสมัคร**

**ขอรับเงินกองทุนสถาบันวิจัยและพัฒนาแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์**

 **ด้านสวัสดิการบุคลากร**

**(เงินช่วยเหลือบุคลากรผู้ประสบภัยพิบัติ/เจ็บป่วยร้ายแรง/อุบัติเหตุร้ายแรง)**

**ประจำปีงบประมาณ..........................**

1. ข้าพเจ้า..............................................................................ตำแหน่ง.....................................................................

สถานภาพ 🗆 ข้าราชการ 🗆 พนักงาน.............................................................

 🗆 ลูกจ้างประจำ 🗆 ลูกจ้างชั่วคราว

สังกัด สำนักงาน/ฝ่าย..................................................................เริ่มปฏิบัติงานตั้งแต่ปี.....................ถึงปัจจุบัน เป็นเวลา......................ปี

2. ข้าพเจ้าประสบภัยพิบัติ/เจ็บป่วยร้ายแรง/อุบัติเหตุร้ายแรง (ระบุ)......................................................................

 .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

 หรือผู้สูญเสียบุคคลในครอบครัว (ระบุชื่อ สถานภาพ บุตร/คู่สมรส)...................................................................

 .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

3. ข้าพเจ้าได้ยื่นหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

 🗆 สำเนาทะเบียนบ้านที่มีชื่อผู้ขอรับเงินช่วยเหลือ 🗆 ใบรับรองแพทย์

 🗆 สำเนาใบมรณะบัตร 🗆 ภาพถ่ายความเสียหาย

 🗆 อื่นๆ (ระบุ)......................................................................................................................................

4. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ได้แจ้งและหลักฐานที่ได้ยื่นไว้ในคำขอรับทุนนี้เป็นความจริงทุกประการ

 ลงชื่อ...............................................ผู้ยื่นขอรับเงิน

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

 วันที่.............../.............../...............

**สำหรับคณะกรรมการ**

ได้รับตรวจสอบถูกต้องแล้ว 🗆 สถานภาพ

 🗆 ข้าราชการ 🗆 พนักงาน........................................

 🗆 ลูกจ้างประจำ 🗆 ลูกจ้างชั่วคราว

 🗆 เอกสารครบถ้วนถูกต้อง

 ลงชื่อ................................................ผู้ตรวจสอบ

 วันที่.............../................/...............