**ใบคำร้องขอรับการช่วยเหลือ**

**จาก “กองทุนสุขภาพนักศึกษา ม.มหิดล”**

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

**ส่วนที่ 1 : ประวัตินักศึกษา**

ข้าพเจ้า ............................................................. เลขประจำตัวนักศึกษา ...............................................

สาขาวิชา .................................................. คณะ .............................................................. ชั้นปีที่ ......................

ภูมิลำเนาเดิมบ้านเลขที่ ..................... หมู่ที่ .................. ถนน ................................. ตำบล ...............................

อำเภอ ............................................. จังหวัด ................................................. โทร. ............................................

ปัจจุบัน (ติดต่อได้ขณะกำลังศึกษา)

หอพักนักศึกษา ..................... อาคาร ............................... หมายเลขห้อง ................. โทร. .......................

บ้าน/อพาตเม้นท์/บ้านเช่า/หอพักเอกชน/วัด ...................................................... หมายเลขห้องพัก ..........

อยู่บ้านเลขที่ .............. ถนน .............................. ตำบล ........................... อำเภอ ....................................

จังหวัด ............................................. โทร. ................................... อีเมล ....................................................

ชื่อ/สกุล บิดา .......................................................อายุ .................. ปี มีชีวิต ถึงแก่กรรม

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ ............... หมู่ที่ ........... ถนน ................................... ตำบล ...........................................

อำเภอ ................................................ จังหวัด ................................................. โทร. ..........................................

อาชีพ ............................................ ลักษณะงานของบิดา .....................................................................................

ตำแหน่ง/ยศ ............................................................................... รายได้ต่อเดือน ....................................... บาท

สถานที่ทำงาน .......................................................................................................................................................

จังหวัด ........................................................... โทรศัพท์ ........................................

ชื่อ/สกุล มารดา .................................................อายุ ......................ปี มีชีวิต ถึงแก่กรรม

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ ............... หมู่ที่ ........... ถนน ................................... ตำบล ...........................................

อำเภอ ................................................ จังหวัด ................................................. โทร. ..........................................

อาชีพ ........................................... ลักษณะงานของมารดา ..................................................................................

ตำแหน่ง/ยศ ............................................................................... รายได้ต่อเดือน ....................................... บาท

สถานที่ทำงาน .......................................................................................................................................................

จังหวัด ........................................................... โทรศัพท์ ........................................

**การศึกษาและอาชีพ**ของพี่น้อง มีพี่น้อง (รวมนักศึกษา) ................... คน ผู้ขอรับการช่วยเหลือเป็นบุตรคนที่ ............ ของครอบครัว

| คนที่ | ชื่อ-สกุล | อายุ | กำลังศึกษา | | ประกอบอาชีพ | รายได้  ต่อเดือน | สถานภาพ  โสด/สมรส | จำนวนบุตร |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| สถานศึกษา | ระดับชั้น |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**สถานะของครอบครัวในปัจจุบัน**

บิดา-มารดา อยู่ด้วยกัน บิดา/มารดาอยู่คนละที่เนื่องจากแยกกันทำงาน หย่าร้างกัน

**ปัจจุบันผู้อุปการะข้าพเจ้า (บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง)** ชื่อ-สกุล ............................................................

ที่อยู่บ้านเลขที่ .................. หมู่ที่ ............ ถนน ..................................... ตำบล ...................................................

อำเภอ ................................................จังหวัด .................................................... โทร ..........................................

อาชีพ .................................................................. ข้าพเจ้าได้รับค่าใช้จ่ายต่อเดือน .................................... บาท

**ส่วนที่ 2 : ประวัติทำกิจกรรมช่วยเหลือมหาวิทยาลัย หรือสังคม (ถ้ามี)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **กิจกรรม** | **หน่วยงานรับผิดชอบ** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ส่วนที่ 3 : ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบอันเนื่องมาจากการการเข้ารับการรักษาพยาบาล/อุบัติภัยธรรมชาติ**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**ส่วนที่ 4 : สำหรับอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้รับรอง**

ข้าพเจ้า...........................................................................ตำแหน่ง...........................................................

ขอรับรองว่า............................................................................................ รหัสนักศึกษา ......................................

คณะ/วิทยาลัย ........................................... เลขประจำตัวประชาชน.................................... บ้านเลขที่ .............. หมู่ที่ ........... ตำบล ................................... อำเภอ ......................................... จังหวัด ........................................

ได้รับผลกระทบตามรายละเอียดข้างต้น จริง

ลงชื่อ.......................................................... (อาจารย์ที่ปรึกษา) หมายเลขโทรศัพท์ ........................................... อีเมล ....................................................................................................................................................................

(ลงชื่อ) .............................................................. ผู้ยื่นคำร้อง/ผู้ดำเนินการแทน

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

เอกสารแนบพร้อม ใบสมัครขอรับการช่วยเหลือจาก กองทุนสุขภาพนักศึกษา ม.มหิดล

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ชุด
2. หลักฐานที่แสดงว่ามีคุณสมบัติในการรับทุนช่วยเหลือ หรือได้รับผลกระทบจากการการเข้ารับการรักษาพยาบาล/อุบัติภัยธรรมชาติ เช่น ใบแจ้งค่ารักษาพยาบาล ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล ใบรับรองการอยู่ในพื้นที่ประสบภัยธรรมชาติ เป็นต้น

**หมายเหตุ**

กรณีนักศึกษาไม่สามารถยื่นเรื่องด้วยตนเองได้ บิดา-มารดา ผู้ปกครอง สามารถยื่นเรื่องดำเนินการแทนนักศึกษาได้