

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/อพาทเมนต์/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 .....

การศึกษาและอาชีพของพี่น้อง มีพี่น้อง (รวมนักศึกษา) ..... คน ผู้ขอรับการช่วยเหลือเป็น บุตรคนที่ ..... ของครอบครัว

คนที่	ชื่อ-สกุล	อายุ	กำลังศึกษา		ประกอบอาชีพ	รายได้ ต่อเดือน	สถานภาพ โสด/สมรส	จำนวน บุตร
			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 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 หรือได้รับผลกระทบจากการเข้ารับการรักษาพยาบาล/อุบัติเหตุธรรมชาติ เช่น ใบแจ้งค่ารักษาพยาบาล ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล ใบรับรองการอยู่ในพื้นที่ประสบภัยธรรมชาติ เป็นต้น

#### หมายเหตุ

กรณีนักศึกษาไม่สามารถยื่นเรื่องด้วยตนเองได้ บิดา-มารดา ผู้ปกครอง สามารถยื่นเรื่องดำเนินการแทนนักศึกษาได้