



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ.....กองทุนสวัสดิการและพัฒนาวิชาการพนักงานในสถาบันอุดมศึกษาสังกัดมหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์
ที่..... ศส ๐๕๗๗/๐๑/๖ ๐๒๕๖ วันที่๑๐ มีนาคม ๒๕๖๐.....
เรื่อง ...ขอข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและครอบครัวเพื่อจัดทำฐานข้อมูลประกอบการเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับพนักงานในสถาบันอุดมศึกษาสังกัดมหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์

เรียน พนักงานมหาวิทยาลัยทุกท่าน

อ้างถึง ประกาศมหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ เรื่องหลักเกณฑ์การเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับพนักงานในสถาบันอุดมศึกษาสังกัดมหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ พ.ศ. ๒๕๖๐ ลงวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบกรอกข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและบุคคลในครอบครัว จำนวน ๑ ชุด

ตามประกาศที่อ้างถึง มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ ได้ออกประกาศ เรื่อง หลักเกณฑ์การเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับพนักงานในสถาบันอุดมศึกษาสังกัดมหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ พ.ศ. ๒๕๖๐ ลงวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐ นั้น ส่งผลให้พนักงานในสถาบันอุดมศึกษาสังกัดมหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ ประเภทพนักงานมหาวิทยาลัย ทั้งสายวิชาการ สายสนับสนุน และสายบริการ สามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว ประกอบด้วย บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร ๓ คนแรก โดยสามารถใช้สิทธิเบิกเงินสวัสดิการการรักษาพยาบาลจากกองทุนฯ ได้ไม่เกินปีงบประมาณละ ๑๐,๐๐๐ บาท ในกรณีที่ยังปีงบประมาณใดที่พนักงานในสถาบันอุดมศึกษาไม่ได้ใช้สิทธิ หรือใช้สิทธิไม่ครบจำนวนให้สามารถสะสมยอดเงินได้ไม่เกิน ๑๕๐,๐๐๐ บาท และในปีต่อๆ ไปให้เบิกได้ไม่เกินยอดสะสม นั้น

ในการนี้ เพื่อประโยชน์ในการจัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และเพื่อให้พนักงานมหาวิทยาลัยสามารถเริ่มใช้สิทธิเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว มหาวิทยาลัยจึงขอความร่วมมือให้พนักงานในสถาบันอุดมศึกษาสังกัดมหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ ประเภทพนักงานมหาวิทยาลัยทุกท่าน กรอกแบบฟอร์มข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและบุคคลในครอบครัวพร้อมลงลายมือชื่อรับรองความถูกต้องของข้อมูล (ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย) พร้อมทั้งแนบหลักฐานทางราชการเพื่อยืนยันตัวบุคคลในครอบครัว และเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ โดยให้จัดส่งที่คณะที่สังกัด(งานธุรการ) และขอความร่วมมืองานธุรการของทุกหน่วยงานรวบรวมส่งที่คุณกวิตา คำศรีวิงษ์ กลุ่มงานคลัง สำนักงานอธิการบดี ภายในวันศุกร์ที่ ๒๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อดำเนินการจัดทำฐานข้อมูลในระบบต่อไป

ทั้งนี้ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลที่จะสามารถใช้สิทธิเบิกจ่ายเงินสวัสดิการได้นั้น จะต้องลงวันที่ตั้งแต่ ๒๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นต้นไป และคาดว่ากรการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการดังกล่าวจะเริ่มให้บริการได้ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นต้นไป (ขึ้นอยู่กับความครบถ้วนของข้อมูล)

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์เร่งดำเนินการ

(นายมงคล แพทองคำ)

ผู้อำนวยการสำนักงานอธิการบดี
เลขานุการคณะกรรมการกองทุนฯ

เรียน คณบดี
เพื่อโปรดทราบ / เห็นควมมอบให้
.....ผู้ช่วยอธิการบดี.....

๑๑ มี.ค. ๒๕๖๐
๑๑ มี.ค. ๒๕๖๐

11 มี.ค. 2560

งานกองทุนสวัสดิการและพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
 สังกัดมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

**แบบกรอกข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและบุคคลในครอบครัวของพนักงานในสถานับอุดมศึกษา
 สังกัดมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
 เพื่อจัดทำฐานข้อมูลประกอบการเบิกเงินสวัสดิการ**

ชื่อ-สกุล พนักงานมหาวิทยาลัย.....

เลขประจำตัวประชาชน ---- วันเดือนปีเกิด.....

สายงาน	<input type="checkbox"/> สายวิชาการ	<input type="checkbox"/> สายสนับสนุน	<input type="checkbox"/> สายบริการ
สังกัด	<input type="checkbox"/> คณะครุศาสตร์	<input type="checkbox"/> คณะเทคโนโลยีการเกษตรและเทคโนโลยีอุตสาหกรรม	
	<input type="checkbox"/> คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	<input type="checkbox"/> คณะวิทยาการจัดการ	
	<input type="checkbox"/> คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	<input type="checkbox"/> บัณฑิตวิทยาลัย	
	<input type="checkbox"/> สำนักวิทยบริการและเทคโนโลยีสารสนเทศ	<input type="checkbox"/> สำนักศิลปะและวัฒนธรรม	
	<input type="checkbox"/> สำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน	<input type="checkbox"/> สถาบันวิจัยและพัฒนา	
	<input type="checkbox"/> สำนักงานอธิการบดี	<input type="checkbox"/> อื่นๆ กรุณาระบุ	

ข้อมูลของบุคคลในครอบครัวของพนักงานมหาวิทยาลัย

1. ชื่อ-สกุลของบิดา.....

เลขประจำตัวประชาชน ---- วันเดือนปีเกิด.....

สิทธิการรักษาพยาบาล

บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) กองทุนประกันสังคม

สิทธิการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานต้นสังกัด ชื่อหน่วยงาน.....

2. ชื่อ-สกุลของมารดา.....

เลขประจำตัวประชาชน ---- วันเดือนปีเกิด.....

สิทธิการรักษาพยาบาล

บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) กองทุนประกันสังคม

สิทธิการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานต้นสังกัด ชื่อหน่วยงาน.....

3. ชื่อ-สกุลของคู่สมรสที่จดทะเบียนสมรสตามกฎหมาย.....

เลขประจำตัวประชาชน ---- วันเดือนปีเกิด.....

สิทธิการรักษาพยาบาล

บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) กองทุนประกันสังคม

สิทธิการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานต้นสังกัด ชื่อหน่วยงาน.....

ข้อมูลของบุคคลในครอบครัวของพนักงานมหาวิทยาลัย (ต่อ)

4. ชื่อ-สกุลของบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะคนที่ 1

เลขประจำตัวประชาชน ---- วันเดือนปีเกิด.....

หากบุตรของท่านกำลังศึกษาอยู่ กรุณาระบุระดับชั้นและชื่อสถานศึกษาดังนี้

อนุบาล ประถมศึกษา ปวช. มัธยมศึกษา ปวส. อุดมศึกษาระดับปริญญาตรี

ชื่อสถานศึกษา.....

5. ชื่อ-สกุลของบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะคนที่ 2

เลขประจำตัวประชาชน ---- วันเดือนปีเกิด.....

หากบุตรของท่านกำลังศึกษาอยู่ กรุณาระบุระดับชั้นและชื่อสถานศึกษาดังนี้

อนุบาล ประถมศึกษา ปวช. มัธยมศึกษา ปวส. อุดมศึกษาระดับปริญญาตรี

ชื่อสถานศึกษา.....

6. ชื่อ-สกุลของบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะคนที่ 3

เลขประจำตัวประชาชน ---- วันเดือนปีเกิด.....

หากบุตรของท่านกำลังศึกษาอยู่ กรุณาระบุระดับชั้นและชื่อสถานศึกษาดังนี้

อนุบาล ประถมศึกษา ปวช. มัธยมศึกษา ปวส. อุดมศึกษาระดับปริญญาตรี

ชื่อสถานศึกษา.....

แบบเอกสารทางราชการในการยืนยันตัวบุคคลในครอบครัวดังนี้

1. บิดาและมารดาที่ชอบด้วยกฎหมาย

- สำเนาทะเบียนบ้านของพนักงานมหาวิทยาลัย ที่ปรากฏชื่อบิดาและมารดาผู้ให้กำเนิด และปรากฏหมายเลขประจำตัวประชาชนของบุพการีทั้ง 2 ท่าน

- สำเนานบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน ของบิดาและมารดา

2. คู่สมรสที่ชอบด้วยกฎหมาย

- สำเนาทะเบียนสมรส

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน ของคู่สมรสที่ชอบด้วยกฎหมาย

3. บุตรชอบด้วยกฎหมายซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ถ้ามี) และสำเนาทะเบียนบ้าน ของบุตรที่ชอบด้วยกฎหมายและยังไม่บรรลุนิติภาวะ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลในแบบสำรวจนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(.....)

พนักงานมหาวิทยาลัย

วันที่.....