



คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
แบบคำร้องการช่วยเหลือผู้ประสบภัย
(อุทกภัย อัคคีภัย วาตภัย แผ่นดินไหว และสงคราม)

ตามประกาศคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายเงินสวัสดิการเพิ่มเติม ให้แก่บุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2568 และประกาศคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายเงินสวัสดิการเพิ่มเติม ให้แก่บุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2569 เรื่องหลักเกณฑ์การจ่ายเงินสวัสดิการสงเคราะห์การช่วยเหลือผู้ประสบภัย แก่บุคลากร หรือบิดา มารดา อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งมีชื่อปรากฏในทะเบียนบ้านที่ประสบภัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว _____

ตำแหน่ง _____

หน่วยงาน/งาน/ภาควิชา/หน่วย _____

ประเภทการจ้าง

☐ ข้าราชการ ☐ พนักงานมหาวิทยาลัย (เงินอุดหนุน) ☐ พนักงานมหาวิทยาลัย (ชื่อส่วนงาน)

☐ ลูกจ้างประจำ ☐ ลูกจ้างชั่วคราว

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ _____

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์การช่วยเหลือผู้ประสบภัย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ประเภทภัยและรายละเอียดการประสบภัย

☐ อุทกภัย (น้ำท่วม) ☐ อัคคีภัย (ไฟไหม้) ☐ วาตภัย (พายุ/ลมแรง) ☐ แผ่นดินไหว ☐ สงคราม

วันที่ประสบภัย _____

ระบุรายละเอียดการประสบภัย/ความเสียหายโดยสังเขป

2. ข้อมูลสถานที่ประสบภัยตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ อาคาร/หมู่บ้าน _____

ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

3. ข้อมูลผู้ประสบภัย

กรณีผู้มีชื่อปรากฏในทะเบียนบ้านที่ประสบภัย

- ☐ ข้าพเจ้าเป็นผู้ประสบภัย และมีชื่อปรากฏในทะเบียนบ้าน ณ สถานที่ที่ประสบภัย
- ☐ บิดา/มารดาของข้าพเจ้าเป็นผู้ประสบภัย และมีชื่อปรากฏในทะเบียนบ้าน ณ สถานที่ที่ประสบภัย
- ชื่อ-นามสกุลผู้ประสบภัย _____
- ความสัมพันธ์กับผู้ยื่นคำร้อง _____

4. เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำร้อง

ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการพิจารณา ดังนี้

- ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- ☐ รูปถ่ายพื้นที่/บ้านพักที่ประสบภัย ซึ่งแสดงให้เห็นสภาพความเสียหาย
- ☐ ประกาศหรือหลักฐานการประกาศเขตภัยพิบัติ (ถ้ามี)

5. คำรับรองของผู้ยื่นคำร้อง

☐ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลและเอกสารหลักฐานที่ยื่นประกอบคำร้องฉบับนี้เป็นความจริงทุกประการ และบุคคลที่ระบุเป็นผู้ประสบภัยมีชื่อปรากฏในทะเบียนบ้านที่ประสบภัยจริง

☐ ข้าพเจ้ายินยอมให้คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตรวจสอบข้อมูลและเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการพิจารณาการจ่ายเงินสวัสดิสงเคราะห์ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

ลงชื่อ _____ ผู้ยื่นคำร้อง
(_____)
วันที่ _____ / _____ / _____

ลงชื่อ _____ ผู้อนุมัติ
(รองศาสตราจารย์ ภก.สุรกิจ นาทีสุวรรณ)
ตำแหน่ง คณบดีคณะเภสัชศาสตร์
ประธานกรรมการคณะกรรมการสวัสดิการคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
วันที่ _____ / _____ / _____

หมายเหตุ: การจ่ายเงินสวัสดิสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้ประสบภัย เป็นไปตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดไว้ในประกาศคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยจ่ายในอัตรา 2,000 บาท/ครั้ง