



แบบแสดงความจำนงขอรับเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิต นักศึกษาพิการ
ในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี ประจำปีการศึกษาที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๘

(โปรดกรอกข้อความด้วยลายมือบรรจง)

ประวัติส่วนตัว

๑. ชื่อ นาย/นาง/นางสาว
๒. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. อายุ..... ปี
๓. ศึกษาอยู่ มหาวิทยาลัย/สถาบัน.....
คณะ.....สาขา.....ชั้นปีที่.....
ชื่อหลักสูตร (เช่น วท.บ., วศ.บ., ศศ.บ. เป็นต้น).....
เริ่มรับเงินอุดหนุนทางการศึกษา ตั้งแต่ภาคเรียนที่.....ปีการศึกษา.....จำนวนปีของหลักสูตรที่ศึกษา.....ปี
๔. บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....วัน/เดือน/ปี ที่หมดอายุ.....
๕. บัตรประจำตัวคนพิการเลขที่.....วัน/เดือน/ปี ที่หมดอายุ.....
ประเภทความพิการ.....
๖. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....Email.....
๗. เคยได้รับเงินอุดหนุนโครงการนี้จากสถาบันอุดมศึกษาอื่นหรือไม่
☐ เคย จาก..... ☐ ไม่เคย

ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองว่า

๑. การขอรับเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนักศึกษาพิการในครั้งนี้ เป็นการศึกษา
ในหลักสูตรที่ไม่สูงกว่าระดับปริญญาตรี และข้าพเจ้ายังไม่เคยสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีมาก่อน
 ๒. ข้าพเจ้าไม่เคยย้ายคณะ/สาขาวิชาหรือสถาบันอุดมศึกษาเกินกว่า ๒ ครั้ง
- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อรับรองนักศึกษาโดยผู้บริหารสถาบันอุดมศึกษา
หรือระดับผู้อำนวยการกอง/สำนัก ขึ้นไป

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง
(.....)
ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงความจำนง
(.....)
ลงวันที่.....

- หมายเหตุ**
๑. ให้นักศึกษาพิการเป็นผู้ลงลายมือชื่อด้วยตนเองเท่านั้น การปลอมแปลงลายมือชื่อถือเป็นความผิดทางอาญา
หากสำนักงานฯ ตรวจพบจะดำเนินการทางกฎหมายและเพิกถอนการเข้าร่วมโครงการฯ
 ๒. ผู้รับรองต้องมีตำแหน่งในระดับผู้อำนวยการกอง/สำนัก ขึ้นไป
 ๓. ข้อมูลประจำตัวและหลักฐานแสดงความพิการ ที่สถาบันอุดมศึกษารับรอง โดยสถาบันอุดมศึกษา
สามารถถ่ายเอกสารและให้นักศึกษาลงลายมือชื่อรับรองเอกสาร



แบบรับรองการตรวจสอบคุณสมบัติของสถาบันอุดมศึกษาที่ขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษา
สำหรับนิสิต นักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี ประจำปีการศึกษาที่ ๒
ปีการศึกษา ๒๕๖๘

ชื่อสถาบัน.....

สถาบันอุดมศึกษาได้มอบหมายให้ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ.....เป็นผู้แทนสถาบันอุดมศึกษาในการ
ให้คำรับรองเรื่องการขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิต นักศึกษาพิการ โดยขอให้คำ
รับรองว่า

๑. สถาบันอุดมศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติของนักศึกษาพิการทุกคนที่ขอรับ
การสนับสนุนเงินอุดหนุนฯ ว่า เป็นผู้มีความสามารถครบถ้วนตามประกาศคณะกรรมการส่งเสริมการจัดการศึกษา
สำหรับคนพิการ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ อัตรา และรายการที่ให้การอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับคนพิการ
ในระดับอุดมศึกษา ดังนี้

๑.๑ เป็นคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนา
คุณภาพชีวิตคนพิการ

๑.๒ ศึกษาอยู่ในสถาบันอุดมศึกษาในหลักสูตรที่ไม่สูงกว่าระดับปริญญาตรี และไม่เคยย้าย
คณะ/สาขาวิชา หรือสถาบันอุดมศึกษาเกินกว่า ๒ ครั้ง

๑.๓ ไม่เคยได้รับการอุดหนุนทางการศึกษาตามประกาศคณะกรรมการส่งเสริมการจัด
การศึกษาสำหรับคนพิการ และยังไม่เคยสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีมาก่อน

๒. สถาบันอุดมศึกษามีคุณสมบัติครบถ้วนที่จะได้รับการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษา
สำหรับนักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี ประกอบด้วย

๒.๑ มีประกาศสภาสถาบันอุดมศึกษาประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘ เกี่ยวกับข้อกำหนด
นโยบาย หลักเกณฑ์และวิธีการรับนิสิตนักศึกษาพิการเข้าเรียนในสัดส่วนหรือจำนวน
ที่เหมาะสม

๒.๒ หลักสูตร สาขาวิชาที่นักศึกษาพิการศึกษาอยู่ต้องมีมาตรฐานตามที่กระทรวงศึกษาธิการ
กำหนด และต้องผ่านการรับทราบหลักสูตรจากกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์
วิจัยและนวัตกรรม รวมถึงเปิดการเรียนการสอนมาแล้วอย่างน้อยหนึ่งปีการศึกษา

๒.๓ มีบุคลากรและระบบสนับสนุนให้นิสิต นักศึกษาพิการศึกษาเล่าเรียนอย่างมีคุณภาพ

ทั้งนี้ ขอรับรองว่าสถาบันอุดมศึกษามีคุณสมบัติครบถ้วนตามรายการที่ระบุข้างต้น
หากสำนักงานฯ ตรวจสอบพบว่า สถาบันอุดมศึกษาขาดคุณสมบัติดังกล่าว สถาบันอุดมศึกษายินยอมขอใช้เงิน
อุดหนุนคืนทั้งหมดและให้สำนักงานฯ เพิกถอนการให้การอุดหนุนทางการศึกษาโดยสถาบันอุดมศึกษาจะไม่
เรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากนักศึกษาพิการตลอดหลักสูตร เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติการจัดการศึกษา
สำหรับคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๑

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ ผู้รับรองต้องมีตำแหน่งในระดับผู้อำนวยการกอง/สำนัก ขึ้นไป

**รายละเอียดค่าใช้จ่ายโครงการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษา
สำหรับนิสิต นักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี ประจำปีการศึกษาที่ ๒
ปีการศึกษา ๒๕๖๘**

มหาวิทยาลัย.....

นิสิตนักศึกษาพิการที่มีคุณสมบัติตรงตามหลักเกณฑ์ในการขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษา
สำหรับนิสิต นักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี จำนวน.....คน รวมเป็นเงิน
ทั้งสิ้น.....บาท ได้แก่

ที่	ชื่อ - สกุล	คณะ/สาขา	ชั้นปี	ประเภทความพิการ	รายการค่าใช้จ่าย	จำนวนเงิน (บาท)	รวมจำนวนเงินที่อนุมัติ
๑					ค่าหน่วยกิต		
					ค่าบำรุงการศึกษา		
					ค่าธรรมเนียมการศึกษา		
							
							
							
							
							
							
							
							
					รวมค่าใช้จ่ายเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิต นักศึกษาพิการ ประจำปีการศึกษาที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๘		

หมายเหตุ

๑. รายการค่าใช้จ่ายที่ไม่ได้รับการอุดหนุนทางการศึกษา

- ค่าปรับ
- ค่าประกันอุบัติเหตุ
- ค่าประกันของเสียหาย
- ค่าประกันชีวิต
- ค่าหอพัก
- ค่าสาธารณูปโภค
- ค่าของใช้ส่วนตัว เช่น ค่าเสื้อผ้า ค่าชุดกีฬา

ฯลฯ

๒. ให้จัดทำข้อมูลตามแบบฟอร์มข้างต้นโดยใช้โปรแกรม Microsoft Office Word หรือ Excel เท่านั้น และจัดส่งมายังสำนักงานฯ ผ่านทาง E-mail ดังนี้

มหาวิทยาลัยรัฐ, มหาวิทยาลัยราชภัฏ, มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ และวิทยาลัยชุมชน

E-mail : welfarestudent2561@gmail.com

แบบฟอร์มการรายงานผลการตรวจสอบคุณสมบัติสถาบันอุดมศึกษาที่ประสงค์ขอรับเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิต นักศึกษาพิการ
ประจำปีการศึกษาที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๘
มหาวิทยาลัย/สถาบัน.....

ที่	คณะ/สาขาวิชา ที่นิสิตนักศึกษาพิการศึกษาอยู่	การรับทราบ หลักสูตรจาก สกอ. (รับทราบเมื่อวันที่)	ประกาศสภามหาวิทยาลัย เรื่องนโยบายหลักเกณฑ์การรับคนพิการเข้าศึกษา ปี ๒๕๖๘*		ผลการรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพ การศึกษา*	
			มี	ไม่มี	ผ่าน	ไม่ผ่าน
๑	คณะ..... สาขา.....					
๒	คณะ..... สาขา.....					
๓	คณะ..... สาขา.....					
๔	คณะ..... สาขา.....					
๕	คณะ..... สาขา.....					

ลายมือชื่อผู้ตรวจสอบ
(ลงชื่อ).....
(.....)
ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ * ให้แนบเอกสารหลักฐานประกอบ
กรณีที่มีจำนวนคณะ/สาขาวิชามาก ให้ขยายแบบฟอร์มเพิ่มเติมได้