



แบบฟอร์มการขอเบิกสวัสดิการทั่วไปคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ประกาศคณะกรรมการสวัสดิการ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ ๐๐๑/๒๕๖๑ เรื่อง ระเบียบปฏิบัติ
ในการดำเนินงานจัดสวัสดิการ สำหรับผู้ปฏิบัติงานในสำนักงาน พ.ศ.๒๕๖๑

๑. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... สังกัด ภาควิชา/ส่วนงาน.....	<input type="checkbox"/> ข้าราชการ <input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย <input type="checkbox"/> ลูกจ้างประจำ
๒. <input type="radio"/> ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการค่าทำฟันเพื่อการรักษา ยกเว้นทันตกรรมเพื่อความสวยงาม ตามข้อ ๕(๘) ของประกาศฯ (เบิกได้ไม่เกิน ๑,๐๐๐บาท) จำนวนเงิน.....บาท (.....) หลักฐานแนบ <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ <input type="checkbox"/> ใบเสร็จค่าทำฟันเพื่อการรักษา <input type="checkbox"/> ใบยืนยันการใช้สิทธิประโยชน์ทดแทนจากระบบประกันสังคม	
๓. <input type="radio"/> ข้าพเจ้าขอรับสวัสดิการค่าสงเคราะห์ ผู้ปฏิบัติงานในคณะวิทยาศาสตร์เนื่องในโอกาสต่าง ๆ ตามข้อ ๕(๔) ของประกาศฯ ดังนี้ <input type="radio"/> การสมรส (จ่ายคนละไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท) หลักฐานแนบ <input type="radio"/> ทะเบียนสมรส <input type="radio"/> การ์ดแต่งงาน <input type="radio"/> การอุปสมบทหรือการไปประกอบพิธีฮัจญ์ (จ่ายคนละไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท) หลักฐานแนบ <input type="radio"/> ใบลาอุปสมบทหรือลาไปประกอบพิธีฮัจญ์ <input type="radio"/> การ์ดเชิญ <input type="radio"/> อื่น ๆ..... <input type="radio"/> การรับขวัญบุตรแรกเกิด (จ่ายครั้งละ ๑,๐๐๐ บาท) หลักฐานแนบ <input type="radio"/> ใบสูติบัตร <input type="radio"/> การเสียชีวิตของผู้ปฏิบัติงานคณะวิทยาศาสตร์ (จ่ายคนละไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท) หลักฐานแนบ <input type="radio"/> ใบมรณะบัตร <input type="radio"/> การเสียชีวิตของบิดา มารดา คู่สมรส และบุตรของผู้ปฏิบัติงาน (จ่ายคนละไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท) หลักฐานแนบ <input type="radio"/> ใบมรณะบัตร	
๔. <input type="radio"/> ข้าพเจ้าขอรับสวัสดิการค่าสงเคราะห์ กรณีประสบภัยพิบัติสำหรับผู้ปฏิบัติงานในสำนักงาน ตามข้อ ๕(๖) ของประกาศฯ โดยหลักเกณฑ์และการดำเนินการให้เป็นไปตามประกาศของมหาวิทยาลัย โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการสวัสดิการ มหาวิทยาลัยบูรพา	
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าอยู่ในข่ายที่ได้รับเงินตามประกาศคณะกรรมการสวัสดิการมหาวิทยาลัยบูรพา ที่ ๐๐๑/๒๕๖๑ เรื่อง ระเบียบปฏิบัติในการดำเนินงานจัดสวัสดิการ สำหรับผู้ปฏิบัติงานในสำนักงาน พ.ศ. ๒๕๖๑ จำนวนเงิน.....บาท จริง	ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ (.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การตรวจสอบ

เสนอ คณบดีคณะวิทยาศาสตร์

- ข้าพเจ้า ได้ตรวจสอบใบขอเบิกเงินสวัสดิการคณะวิทยาศาสตร์ฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้ขอรับเงินสวัสดิการฯ มีสิทธิเบิกเงินสวัสดิการฯ ได้ตามประกาศคณะกรรมการสวัสดิการ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ ๐๐๑/๒๕๖๑
- ผู้ขอรับเงินสวัสดิการฯ มีสิทธิเบิกตามจำนวนเงินที่ขอเบิก.....บาท จริง ไม่เกินอัตราที่กำหนดต่อปี

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ใบรับเงิน

ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการคณะวิทยาศาสตร์ตามประกาศคณะกรรมการสวัสดิการ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ ๐๐๑/๒๕๖๑

เรื่อง ระเบียบปฏิบัติในการดำเนินงานจัดสวัสดิการ สำหรับผู้ปฏิบัติงานในส่วนงาน พ.ศ.๒๕๖๑

จำนวนเงิน.....บาท (.....) ว่างถูกต้อง / ครบถ้วนแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

- ปี หมายถึง ภายใน ๑ ปี นับจากวันที่ของหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย
- ผู้มีสิทธิ หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานในสังกัดคณะวิทยาศาสตร์ ตามมาตรา ๔ แห่ง พระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. ๒๕๕๐
- อัตรา ตามประกาศคณะกรรมการสวัสดิการ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ ๐๐๑/๒๕๖๑ เรื่อง ระเบียบปฏิบัติในการดำเนินงานจัดสวัสดิการ สำหรับผู้ปฏิบัติงานในส่วนงาน พ.ศ.๒๕๖๑