



แบบคำขอรับความช่วยเหลือทุนการศึกษารายปีต่อเนื่อง  
ของผู้ได้รับผลกระทบสืบเนื่องจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กระทรวงศึกษาธิการ  
กรณีนักเรียน/นักศึกษา ประสบเหตุ

๑.๑ ข้อมูลของนักเรียน/นักศึกษา

ชื่อ-นามสกุล (ยศ/เด็กชาย/เด็กหญิง/นาย/นาง/นางสาว).....

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี

ที่อยู่.....

รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ (ที่พัก).....โทรศัพท์(มือถือ).....

สถานศึกษา.....

ระดับ.....สังกัด.....

ที่อยู่.....

.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ประสบเหตุ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สถานที่เกิดเหตุ.....

สาเหตุของการบาดเจ็บสาหัสหรือทุพพลภาพ.....

ได้รับอันตรายเนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ จนมีอาการ

บาดเจ็บสาหัส อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- ตาบอด หูหนวก หรือ เสียขนานประสาท
- เสียอวัยวะสืบพันธุ์หรือความสามารถสืบพันธุ์
- เสียแขน ขา มือ นิ้ว หรืออวัยวะอื่น
- หน้าเสียโฉมอย่างติดตัว
- แหว่งลูก
- จิตพิการอย่างติดตัว
- ทุพพลภาพ หรือเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งอาจถึงตลอดชีวิต
- ได้รับบาดเจ็บโดยมีรายงานประกอบความเห็นของแพทย์ระบุความรุนแรงตั้งแต่ระดับ ๔ ขึ้นไป

๑.๒ ข้อมูลของบิดา/มารดา/ผู้ปกครองหรือผู้อุปการะ ของนักเรียน/นักศึกษา ที่ประสบเหตุ

(๑) บิดาชื่อ-นามสกุล (ยศ/นาย).....

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี  
ที่อยู่.....

.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ (ที่พัก).....โทรศัพท์(มือถือ).....

อาชีพ.....ตำแหน่ง.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

ที่อยู่สถานที่ปฏิบัติงาน.....

.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

(๒) มารดาชื่อ-นามสกุล (ยศ/นาง/นางสาว).....

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี  
ที่อยู่.....

.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ (ที่พัก).....โทรศัพท์(มือถือ).....

อาชีพ.....ตำแหน่ง.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

ที่อยู่สถานที่ปฏิบัติงาน.....

.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

(๓) ผู้ปกครองหรือผู้อุปการะชื่อ-นามสกุล (ยศ/นาย/นาง/นางสาว).....

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี  
ที่อยู่.....

.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ (ที่พัก).....โทรศัพท์(มือถือ).....

อาชีพ.....ตำแหน่ง.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

ที่อยู่สถานที่ปฏิบัติงาน.....

.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

มีความสัมพันธ์กับนักเรียนโดยมีฐานะเป็น.....

๑.๓ คำขอรับคำช่วยเหลือ

ข้าพเจ้า ชื่อ-นามสกุล (ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว).....  
เลขประจำตัวประชาชน   
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี  
ที่อยู่.....  
.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์ (ที่פק).....โทรศัพท์(มือถือ).....  
อาชีพ.....ตำแหน่ง.....  
สถานที่ปฏิบัติงาน.....  
ที่อยู่สถานที่ปฏิบัติงาน.....  
.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์.....โทรสาร.....  
มีความสัมพันธ์กับนักเรียนที่ขอรับทุนการศึกษา โดยมีฐานะเป็น.....  
มีความประสงค์ขอรับความช่วยเหลือทุนการศึกษารายปีต่อเนื่อง ให้แก่  
ชื่อ - นามสกุล.....  
เลขบัตรประชาชน.....  
วันเดือนปีเกิด.....

ทั้งนี้ได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการพิจารณา ดังนี้ ( ใส่เครื่องหมาย ✓ ใน ○ หน้าข้อความ)

- สมุดประวัติประจำตัวนักเรียน/นักศึกษาทุนการศึกษารายปีต่อเนื่อง (ถ้ามี)
  - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของนักเรียน/นักศึกษา
  - สูติบัตรของนักเรียน/นักศึกษา
  - สำเนาประจำตัวข้าราชการ/สำเนาประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง
  - สำเนาหลักฐานแสดงการเป็นผู้ปกครองตามกฎหมาย
  - สำเนาทะเบียนสมรส บิดา - มารดา หรือ สำเนารับรองบุตร
  - สำเนาประจำตัวข้าราชการ/สำเนาประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมีการมอบอำนาจ)
  - สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ปกครองและนักเรียน/นักศึกษาซึ่งขอรับทุนการศึกษา
  - สำเนาบันทึกรายวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจในพื้นที่ที่เกิดเหตุ
  - หนังสือรับรองของคณะกรรมการ ๓ ฝ่าย (ฝ่ายปกครอง ทหาร และตำรวจ) ในพื้นที่ที่เกิดเหตุ
  - หนังสือรับรองสถานภาพการศึกษาตามแบบ ศ.๓
  - ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลที่รักษา กรณีบาดเจ็บสาหัส
  - สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร
  - เอกสารหลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี) ได้แก่ .....
- รวมเอกสารหลักฐานทั้งสิ้น จำนวน .....แผ่น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ  
(.....)  
(วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....)