



ประกาศมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์  
เรื่อง กำหนดอัตราเงินช่วยเหลือบุคลากรผู้ประสพภัย

เพื่อให้การบริหารงานกองทุนสวัสดิภาพบุคลากร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ดำเนินไป  
ความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ 8 และ ข้อ 12 แห่งระเบียบมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ว่าด้วยกองทุน  
สวัสดิภาพบุคลากรมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พ.ศ. 2541 ประกอบกับมติที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร  
กองทุนสวัสดิภาพบุคลากร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ในการประชุมครั้งที่ 1/2553 เมื่อวันที่ 26 พฤศจิกายน  
พ.ศ. 2553 และโดยความเห็นชอบของอธิการบดีมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จึงให้กำหนดอัตราเงินช่วยเหลือ  
บุคลากรผู้ประสพภัย ไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ให้อีกเลิก

1.1 ประกาศมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เรื่อง กำหนดอัตราเงินช่วยเหลือบุคลากร  
ผู้ประสพภัย ประกาศ ณ วันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2542

1.2 ประกาศมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เรื่อง กำหนดอัตราเงินช่วยเหลือบุคลากร  
ผู้ประสพภัย (ฉบับที่ 2) ประกาศ ณ วันที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2544

1.3 ประกาศมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เรื่อง กำหนดอัตราเงินช่วยเหลือบุคลากร  
ผู้ประสพภัย (ฉบับที่ 3) ประกาศ ณ วันที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2544

1.4 ประกาศมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เรื่อง กำหนดอัตราเงินช่วยเหลือบุคลากร  
ผู้ประสพภัย (ฉบับที่ 4) ประกาศ ณ วันที่ 29 สิงหาคม พ.ศ. 2546

ข้อ 2. กำหนดอัตราเงินช่วยเหลือบุคลากรผู้ประสพภัย ดังนี้

- |  |            |
|--|------------|
| 2.1 สูญเสียชีวิต   | 50,000 บาท |
| 2.2 สูญเสียมือ 2 ข้าง หรือเท้า 2 ข้าง หรือ ตา 2 ข้าง                     | 20,000 บาท |
| 2.3 สูญเสียมือและเท้า 1 ข้าง หรือมือและตา 1 ข้าง<br>หรือเท้าและตา 1 ข้าง | 20,000 บาท |
| 2.4 สูญเสียตา 1 ข้าง หรือมือ 1 ข้าง หรือเท้า 1 ข้าง                      | 10,000 บาท |

- |      |  |            |
|------|--|------------|
| 2.5  | สูญเสียการรับฟัง หรือการพูดออกเสียง  | 10,000 บาท |
| 2.6  | สูญเสียนิ้วหัวแม่มือและหรือนิ้วชี้   | 10,000 บาท |
| 2.7  | สูญเสียนิ้วมืออื่น ๆ นิ้วละ  | 3,000 บาท  |
| 2.8  | สูญเสียนิ้วหัวแม่เท้า  | 3,000 บาท  |
| 2.9  | สูญเสียนิ้วเท้าอื่น ๆ นิ้วละ   | 2,000 บาท  |
| 2.10 | ทุพพลภาพาวรสิ้นเชิง  | 30,000 บาท |
| 2.11 | ทุพพลภาพชั่วคราว   | 10,000 บาท |
| 2.12 | เงินช่วยเหลือการรักษาพยาบาล เมื่อเป็นคนไข้ใน ของโรงพยาบาล ของรัฐหรือเอกชน<br>วันละ 300 บาท ไม่เกิน 4,500 บาท ต่อปี   |            |
| 2.13 | การให้เงินช่วยเหลือในกรณีอื่นๆ นอกเหนือจากรายการข้างต้น ให้คณะกรรมการบริหาร<br>กองทุนสวัสดิภาพบุคลากร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์พิจารณากำหนดเงินช่วยเหลือได้<br>ตามความเหมาะสม เป็นรายๆ ไป |            |

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ 17 ธันวาคม พ.ศ. 2553

(รองศาสตราจารย์วุฒิชัย กปิลาภจรณ์)

อธิการบดีมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์



ประกาศมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์  
เรื่อง ข้อปฏิบัติในการจ่ายเงินช่วยเหลือบุคลากรผู้ประสพภัย (ฉบับที่ ๓)

เพื่อให้การบริหารงานกองทุนสวัสดิภาพบุคลากร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ดำเนินไปด้วย  
ความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ

ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๘ และข้อ ๑๒ แห่งระเบียบมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์  
ว่าด้วยกองทุนสวัสดิภาพบุคลากร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๔๑ และโดยมติของที่ประชุมคณะกรรมการ  
บริหารกองทุนสวัสดิภาพบุคลากร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ครั้งที่ ๑/๒๕๕๔ เมื่อวันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔  
โดยความเห็นชอบของอธิการบดี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จึงให้ยกเลิกความในข้อ ๒ แห่งประกาศมหาวิทยาลัย  
เกษตรศาสตร์ เรื่อง ข้อปฏิบัติในการจ่ายเงินช่วยเหลือบุคลากรผู้ประสพภัย ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๒  
และให้ใช้ข้อความต่อไปนี้แทน

“๒. ในกรณีที่บุคลากรสูญเสียชีวิต ให้จ่ายเงินช่วยเหลือตามลำดับ ดังนี้

๒.๑ คู่สมรส

๒.๒ บุตร

๒.๓ บิดา มารดา

๒.๔ บุคคลตามที่ระบุในหนังสือแสดงเจตนาของบุคลากร ซึ่งไม่ใช่บุคคลในลำดับที่ ๒.๑  
๒.๒ และ ๒.๓

๒.๕ ในกรณีที่ไม่มีบุคคลตามข้อ ๒.๑ ๒.๒ ๒.๓ และ ๒.๔ ให้คณะกรรมการบริหาร  
กองทุนสวัสดิภาพบุคลากร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พิจารณาเป็นการเฉพาะราย”  
หนังสือแสดงเจตนาของบุคลากร ให้เป็นไปตามแบบแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๔

(รองศาสตราจารย์วุฒิชัย กปิลกาญจน์)  
อธิการบดีมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์



แบบคำขอรับเงินช่วยเหลือบุคลากรผู้ประสบภัย  
กองทุนสวัสดิภาพบุคลากร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

๑. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....
- ๑.๑ ยื่นคำขอในฐานะ
- บุคลากร  
ตำแหน่ง  ข้าราชการ  ลูกจ้างชั่วคราว  ลูกจ้างประจำ  พนักงาน  
 ทายาทของบุคลากร ชื่อ..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- ๑.๒ สังกัด..... โทรศัพท์ (สายใน)....., (สายนอก).....  
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....
- ๑.๓ ได้เข้ารับการรักษาที่ ร.พ. .... เนื่องจากป่วยเป็นโรค.....  
ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่..... เป็นเวลา..... วัน
- ๑.๔ ขอรับเงินช่วยเหลือ ตามประกาศฯ เรื่อง กำหนดอัตราช่วยเหลือบุคลากรผู้ประสบภัย ดังนี้
- ช่วยเหลือการรักษาพยาบาล  ทุพพลภาพถาวร/ชั่วคราว  
 สูญเสียอวัยวะ  สูญเสียชีวิต
- เป็นเงินจำนวน..... บาท
- ๑.๕ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้ายอมรับในการพิจารณา  
และตัดสินใจขาดของคณะกรรมการบริหารกองทุนสวัสดิภาพบุคลากร

ลงชื่อ..... ผู้ยื่นคำขอ  
(.....)  
วันที่ ..../..../..

๒. เรียง ผอ. กองการเจ้าหน้าที่
- ได้ตรวจสอบแล้ว.....  มี  ไม่มี สิทธิได้รับเงินช่วยเหลือบุคลากร  
กรณี..... เป็นเงินรวม..... บาท

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่  
วันที่ ..../..../..

๓. อนุมัติและมอบเหรียญ  
ดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ.....  
เลขานุการคณะกรรมการ  
...../...../.....

## คำแนะนำ

หลักฐานที่ต้องยื่นพร้อมแบบคำขอ

๑. กรณีสูญเสียอวัยวะ และกรณีทุพพลภาพ  
ใช้สำเนาใบรับรองแพทย์
๒. กรณีช่วยเหลือการรักษาพยาบาล  
ใช้สำเนาใบรับรองแพทย์ที่ระบุวันที่เข้าเป็นคนไข้ในของโรงพยาบาล
๓. กรณีผู้อื่นยื่นขอรับเงินช่วยเหลือแทนให้เพิ่มหลักฐาน ดังนี้
  - ๓.๑ สำเนาทะเบียนสมรส (กรณีคู่สมรสยื่นคำขอ)
  - ๓.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน
  - ๓.๓ สำเนาบัตรประชาชนของผู้ยื่น
๔. กรณีสูญเสียชีวิต ใช้หลักฐานดังนี้
  - ๔.๑ สำเนาใบมรณบัตร
  - ๔.๒ สำเนาทะเบียนสมรส (กรณีคู่สมรสยื่นคำขอ)
  - ๔.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน
  - ๔.๔ สำเนาบัตรประชาชนของผู้ยื่น
๕. ยื่นเอกสารพร้อมหลักฐานที่งานสวัสดิการ กองการเจ้าหน้าที่  
ชั้น ๘ อาคารสารนิเทศ ๕๐  
โทร. ๐๒-๙๕๒๘๑๖๑-๓  
ภายใน ๔๘๐๖, ๔๘๑๔

แบบหนังสือแสดงเจตนา  
ระบุผู้รับเงินช่วยเหลือ กรณีบุคลากรสูญเสียชีวิต  
กองทุนสวัสดิภาพบุคลากร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....  ข้าราชการ  พนักงานมหาวิทยาลัย  
 ลูกจ้างประจำ  พนักงานมหาวิทยาลัยเงินรายได้  ลูกจ้างชั่วคราว  พนักงานราชการ  
สังกัดคณะ/สำนัก/สถาบัน..... ขอแสดงเจตนารับเงินช่วยเหลือกองทุนสวัสดิภาพ  
บุคลากร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ซึ่งมีใช้ คู่สมรส บุตร และบิดา มารดา โดยหนังสือฉบับนี้ในกรณีที่ข้าพเจ้า  
ถึงแก่ความตายในขณะดำรงตำแหน่งเป็นบุคลากรของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ข้าพเจ้าประสงค์จะให้กองทุนสวัสดิภาพ  
บุคลากร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จ่ายเงินช่วยเหลือให้แก่ นาย/นาง/นางสาว.....  
เลขประจำตัวประชาชน..... ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่.....  
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....  
เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าโดยเป็น.....

ลงชื่อ.....ผู้แสดงเจตนา  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

บันทึกการเปลี่ยนแปลง

ข้าพเจ้าขอยกเลิกหนังสือแสดงเจตนารับเงินช่วยเหลือ กองทุนสวัสดิภาพบุคลากร  
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ฉบับนี้ โดยได้แสดงเจตนาใหม่ตามหนังสือแสดงเจตนาลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
ซึ่งให้.....เป็นผู้มีสิทธิรับเงินช่วยเหลือ กองทุนสวัสดิภาพบุคลากร  
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตายในขณะดำรงตำแหน่งเป็นบุคลากรของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ลงชื่อ.....ผู้แสดงเจตนา  
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บันทึกการเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาของผู้รับเงินช่วยเหลือ  
กองทุนสวัสดิภาพบุคลากร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ข้าพเจ้าขอยกเลิกหนังสือแสดงเจตนาของผู้รับเงินช่วยเหลือ กองทุนสวัสดิภาพบุคลากร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ฉบับเดิมที่เคยทำไว้ก่อนฉบับนี้ (ถ้ามี) โดยขอแสดงเจตนาใหม่ ตามหนังสือแสดงเจตนา ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ซึ่งให้.....เป็นผู้มีสิทธิรับเงินช่วยเหลือกองทุนสวัสดิภาพบุคลากร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ในขณะที่ดำรงตำแหน่งเป็นบุคลากรของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ลงชื่อ.....ผู้แสดงเจตนา  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....