



ที่ อว ๐๒๒๖.๒/ ๖๗๖๕๔

สำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา
วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม
ถนนศรีอยุธยา เขตราชเทวี กทม.๑๐๔๐๐

๗ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง การสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิต นักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี ประจำปีภาคการศึกษาที่ ๒ - ๓/ฤดูร้อน ปีการศึกษา ๒๕๖๓

เรียน อธิการบดี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. คู่มือหลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติในการขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับคนพิการในระดับอุดมศึกษา
 ๒. แบบแสดงความจำนองขอรับเงินอุดหนุนฯ ภาคการศึกษาที่ ๒-๓/ฤดูร้อน ปีการศึกษา ๒๕๖๓
 ๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณสมบัติของสถาบันอุดมศึกษาที่ขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนฯ ประจำปีภาคการศึกษาที่ ๒-๓/ฤดูร้อน ปีการศึกษา ๒๕๖๓
 ๔. แบบฟอร์มการรายงานผลการตรวจสอบคุณสมบัติสถาบันอุดมศึกษาฯ ประจำปีภาคการศึกษาที่ ๒-๓/ฤดูร้อน ปีการศึกษา ๒๕๖๓
 ๕. หลักฐานการจ่ายเงินสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิตนักศึกษาพิการฯ ประจำปีภาคการศึกษาที่ ๒-๓/ฤดูร้อน ปีการศึกษา ๒๕๖๓

ตามที่ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ได้ดำเนินโครงการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิต นักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี เพื่อให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการส่งเสริมการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ อัตราและรายการที่ให้การอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับคนพิการในระดับอุดมศึกษา (ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๕ ตอนพิเศษ ๓ ง วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๑) ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ปีการศึกษา ๒๕๖๑ และคู่มือหลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติในการขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับคนพิการในระดับอุดมศึกษา (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑)

เพื่อให้เป็นไปตามประกาศดังกล่าวกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม จึงใคร่ขอให้สถาบันอุดมศึกษาที่ประสงค์จะขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิต นักศึกษาพิการ ดำเนินการ ดังนี้

๑. ประชาสัมพันธ์ให้นักศึกษาพิการที่ประสงค์ขอรับเงินอุดหนุนฯ ประจำปีภาคการศึกษาที่ ๒-๓/ฤดูร้อน ปีการศึกษา ๒๕๖๓ กรอกแบบแสดงความจำนองขอรับเงินอุดหนุนฯ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒)
๒. ตรวจสอบและจัดส่งรายชื่อนักศึกษาพิการระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรีที่มีความประสงค์ขอรับเงินอุดหนุนฯ ภาคการศึกษาที่ ๒-๓/ฤดูร้อน ปีการศึกษา ๒๕๖๓ พร้อมแนบเอกสารหลักฐานส่งกระทรวงฯ ดังนี้
 - ๒.๑ แบบรับรองการตรวจสอบคุณสมบัติของสถาบันอุดมศึกษาที่ขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนักศึกษาพิการ ภาคการศึกษาที่ ๒-๓/ฤดูร้อน ปีการศึกษา ๒๕๖๓ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๓)

/๒.๒ รายงาน....

๒.๒ รายงานผลการตรวจสอบคุณสมบัติฯ และจำนวนเงินที่ขอรับการสนับสนุน ตามที่จ่ายจริง เท่ากับนักศึกษาทั่วไป (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๔)

๒.๓ ข้อมูลประจำตัวและหลักฐานแสดงความพิการที่สถาบันอุดมศึกษารับรอง โดยสามารถพิมพ์ข้อมูลดังกล่าวจากระบบตรวจสอบข้อมูลคนพิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคน พิการ ที่เว็บไซต์กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ หัวข้อ “ตรวจสอบข้อมูลคนพิการ” https://ecard.dep.go.th/person_info/ (เป็นไปตามมาตรการอำนวยความสะดวกและลดภาระแก่ประชาชน โดยการไม่เรียกเก็บสำเนาเอกสารที่ทางราชการออกให้ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๑)

๒.๔ ใบเสร็จรับเงินประจำภาคการศึกษาที่ ๒-๓/ฤดูร้อน ปีการศึกษา ๒๕๖๓ ฉบับจริงเท่านั้น หากเป็นใบลงทะเบียนหรือใบแจ้งการชำระเงินให้นักศึกษาพิการลงลายมือชื่อในเอกสารด้วย

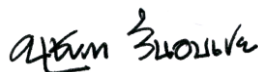
๒.๕ กรณีเป็นสถาบันอุดมศึกษาในกำกับและสถาบันอุดมศึกษาเอกชนให้แนบสำเนา เลขที่บัญชีธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ชื่อ “โครงการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับ คนพิการ” ในนามสถาบันอุดมศึกษา พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องและระบุชื่อ หมายเลขโทรศัพท์ผู้ประสานงาน ให้ชัดเจนโดยบัญชีดังกล่าวต้องออกใบเสร็จรับเงินในนามสถาบันอุดมศึกษาได้

ให้สถาบันอุดมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องและรวบรวมเอกสารข้อ ๒.๑ – ๒.๕ ให้ครบถ้วน พร้อมให้ผู้บริหารสถาบันลงลายมือชื่อรับรองในเอกสารทุกแผ่น และจัดส่งมายังสำนักส่งเสริมและพัฒนา ศักยภาพนักศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ภายใน วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔ โดยสามารถ Download แบบฟอร์มได้ที่เว็บไซต์ www.ops.go.th หัวข้อ ทุนการศึกษา “โครงการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิต นักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญา และระดับปริญญาตรี ภาคการศึกษาที่ ๒-๓/ฤดูร้อน ปีการศึกษา ๒๕๖๓” และเมื่อสถาบันอุดมศึกษาได้รับการ โอนเงินงบประมาณสนับสนุนเงินอุดหนุนฯ ดังกล่าวแล้ว ขอให้จัดทำเอกสารหลักฐานการจ่ายเงิน (สิ่งที่ส่ง มาด้วย ๕) ส่งให้ทางสำนักงานฯ ทั้งนี้ ทั้งนี้ การปลอมแปลงเอกสารและให้ข้อมูลเท็จใดๆ ที่ทำให้ราชการ เกิดความเสียหายถือเป็นความผิดทางอาญา หากสำนักงานฯ ตรวจพบจะดำเนินการทางกฎหมายอย่าง สูงสุดและเพิกถอนการเข้าร่วมโครงการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษา ของสถาบันอุดมศึกษาทันที

สถาบันอุดมศึกษาทุกแห่งที่ยื่นเอกสารขอรับการอุดหนุน ให้ปฏิบัติตามประกาศ คณะกรรมการส่งเสริมการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ อัตรา และรายการที่ให้การ อุดหนุนทางการศึกษาสำหรับคนพิการในระดับอุดมศึกษา ตลอดจนแนวทางและเงื่อนไขการขอรับเงินอุดหนุนฯ ตามหลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติในการขอรับเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับคนพิการในระดับอุดมศึกษา อย่างเคร่งครัด สำนักงานฯ จะพิจารณาสนับสนุนเงินอุดหนุนให้แก่สถาบันอุดมศึกษาที่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ และแนวทางดังกล่าวเท่านั้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(นางสาวนุชนภา รื่นอบเชย)

ที่ปรึกษาด้านมาตรฐานการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

สำนักส่งเสริมและพัฒนา ศักยภาพนักศึกษา

กลุ่มส่งเสริมการเรียนรู้ประสบการณ์กับชุมชน

โทร. ๐ ๒๐๓๙ ๕๕๖๕-๖

โทรสาร. ๐ ๒๐๓๙ ๕๖๕๒-๓



แบบแสดงความจำนงขอรับเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนักศึกษาพิการ
ในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓

(โปรดกรอกข้อความด้วยลายมือบรรจง)

ประวัติส่วนตัว

๑. ชื่อ นาย/นาง/นางสาว
๒. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. อายุ..... ปี
๓. ศึกษาอยู่ มหาวิทยาลัย/สถาบัน.....
คณะ.....สาขา.....ชั้นปีที่.....
กลุ่มสาขาวิชา (เช่น สังคมศาสตร์/ศิลปศาสตร์/วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี/ศิลปกรรมศาสตร์ 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 เป็นการศึกษ
ในหลักสูตรที่ไม่สูงกว่าระดับปริญญาตรี และข้าพเจ้ายังไม่เคยสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีมาก่อน
๒. ข้าพเจ้าไม่เคยย้ายคณะ/สาขาวิชาหรือสถาบันอุดมศึกษาเกินกว่า ๒ ครั้ง
- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อรับรองนักศึกษาโดยผู้บริหารสถาบันอุดมศึกษา
หรือระดับผู้อำนวยการกอง/สำนัก ขึ้นไป

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง
(.....)

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

- หมายเหตุ**
๑. ให้นักศึกษาพิการเป็นผู้ลงลายมือชื่อด้วยตนเองเท่านั้น การปลอมแปลงลายมือชื่อถือเป็นความผิดทางอาญา หากสำนักงานฯ ตรวจพบจะดำเนินการทางกฎหมายและเพิกถอนการเข้าร่วมโครงการฯ
๒. ผู้รับรองต้องมีตำแหน่งในระดับผู้อำนวยการกอง/สำนัก ขึ้นไป
๓. มหาวิทยาลัยต้องเป็นผู้ดำเนินการจัดพิมพ์ข้อมูลประจำตัวและหลักฐานแสดงความพิการ จากเว็บไซต์กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการหัวข้อ “ตรวจสอบข้อมูลคนพิการ” https://ecard.dep.go.th/person_info/ และลงลายมือชื่อรับรองเอกสาร





แบบรับรองการตรวจสอบคุณสมบัติของสถาบันอุดมศึกษาที่ขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษา
สำหรับนักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓

ชื่อสถาบัน.....

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

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ.....เป็นผู้แทนสถาบันอุดมศึกษาในการให้
คำรับรองเรื่องการขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนักศึกษาพิการ โดยขอให้คำรับรองว่า

๑. สถาบันอุดมศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติของนักศึกษาพิการทุกคนที่ขอรับการ
สนับสนุนเงินอุดหนุนฯ ว่า เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศคณะกรรมการส่งเสริมการจัดการศึกษาสำหรับ
คนพิการ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ อัตรา และรายการที่ให้การอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับคนพิการใน
ระดับอุดมศึกษา ดังนี้

๑.๑ เป็นคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนา
คุณภาพชีวิตคนพิการ

๑.๒ ศึกษาอยู่ในสถาบันอุดมศึกษาในหลักสูตรที่ไม่สูงกว่าระดับปริญญาตรี และไม่เคยย้าย
คณะ/สาขาวิชา หรือสถาบันอุดมศึกษาเกินกว่า ๒ ครั้ง

๑.๓ ไม่เคยได้รับการอุดหนุนทางการศึกษาตามประกาศคณะกรรมการส่งเสริมการจัด
การศึกษาสำหรับคนพิการ และยังไม่เคยสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีมาก่อน

๒. สถาบันอุดมศึกษามีคุณสมบัติครบถ้วนที่จะได้รับการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับ
นักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี ประกอบด้วย

๒.๑ มีประกาศสภาสถาบันอุดมศึกษาประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓ เกี่ยวกับข้อกำหนด
นโยบาย หลักเกณฑ์และวิธีการรับนิสิตนักศึกษาพิการเข้าเรียนในสัดส่วนหรือจำนวนที่เหมาะสม

๒.๒ หลักสูตร สาขาวิชาที่นักศึกษาพิการศึกษาอยู่ต้องมีมาตรฐานตามที่
กระทรวงศึกษาธิการกำหนด และต้องผ่านการรับทราบหลักสูตรจากสำนักงาน รวมถึงเปิดการเรียนการสอน
มาแล้วอย่างน้อยหนึ่งปีการศึกษา

๒.๓ มีบุคลากรและระบบสนับสนุนให้นิสิต นักศึกษาพิการศึกษาเล่าเรียนอย่างมีคุณภาพ
ทั้งนี้ ขอรับรองว่าสถาบันอุดมศึกษามีคุณสมบัติครบถ้วนตามรายการที่ระบุข้างต้น
หากสำนักงานฯ ตรวจสอบพบว่า สถาบันอุดมศึกษาขาดคุณสมบัติดังกล่าว สถาบันอุดมศึกษายินยอมขอใช้เงิน
อุดหนุนคืนทั้งหมดและให้สำนักงานฯ เพิกถอนการให้การอุดหนุนทางการศึกษาโดยสถาบันอุดมศึกษาจะไม่เรียก
เก็บค่าใช้จ่ายจากนักศึกษาพิการตลอดหลักสูตร เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติการจัดการศึกษาสำหรับคน
พิการ พ.ศ. ๒๕๕๑

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ ผู้รับรองต้องมีตำแหน่งในระดับผู้อำนวยการกอง/สำนัก ขึ้นไป

แบบฟอร์มการรายงานผลการตรวจสอบคุณสมบัติสถาบันอุดมศึกษาที่ประสงค์ขอรับเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนักศึกษาพิการ
 ประจำปีภาคเรียนที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๓
 มหาวิทยาลัย/สถาบัน.....

ที่	คณะ/สาขาวิชา ที่นิสิตนักศึกษาพิการศึกษาอยู่	การรับทราบ หลักสูตรจาก สกอ. (รับทราบเมื่อวันที่)	ประกาศสภามหาวิทยาลัย เรื่องนโยบายหลักเกณฑ์การรับคนพิการเข้าศึกษา ปี ๒๕๖๓*		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

**รายละเอียดค่าใช้จ่ายโครงการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษา
สำหรับนักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี ประจำปีภาคเรียนที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๓
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 ภาคเรียนที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๓						

- หมายเหตุ**
๑. รายการค่าใช้จ่ายที่ไม่ได้รับการอุดหนุนทางการศึกษา
 - ค่าปรับ
 - ค่าหอพัก
 - ค่าประกันอุบัติเหตุ
 - ค่าสาธารณูปโภค
 - ค่าประกันของเสียหาย
 - ค่าเสื้อผ้า/ค่าชุดกีฬา/ค่าของใช้ส่วนตัว
 - ค่าประกันชีวิต

ฯลฯ

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

มหาวิทยาลัยรัฐ	thanyalak.p@mhesi.go.th
มหาวิทยาลัยราชภัฏ	pimprapa.l@mhesi.go.th
มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ และวิทยาลัยชุมชน	apinya.p@mhesi.go.th

หลักฐานการจ่ายเงินสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิตนักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรีประจำภาคเรียนที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๓

ชื่อสถาบันอุดมศึกษา.....ที่อยู่.....

.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลำดับ ที่	ชื่อ-สกุล นักศึกษาพิการ	คณะ/สาขา/ชั้นปี	จำนวนเงินที่ได้รับ การสนับสนุน (บาท)	ลายมือชื่อนักศึกษาพิการ ผู้รับเงิน	วัน เดือน ปี ที่รับเงิน	หมายเหตุ
รวมเงิน				ตามหนังสือแจ้งการโอนเงินเลขที่.....ลงวันที่.....		

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร).....ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

- คำชี้แจง**
- ให้นักศึกษาพิการแต่ละคนเป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้รับเงินและวันเดือนปีที่ได้รับเงินด้วยตนเองเท่านั้น โดยให้ระบุวันที่ได้รับจากมหาวิทยาลัย (.....)
 - ผู้จ่ายเงินหมายถึงผู้ที่ดำเนินการเบิกจ่ายเงินให้แก่นักศึกษาพิการ เป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้จ่ายเงิน ตำแหน่ง.....
 - กรณีที่มีจำนวนนักศึกษาพิการมาก ให้ขยายแบบฟอร์มเพิ่มเติมได้ วันที่.....



แบบแสดงความจำนงขอรับเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนักศึกษาพิการ
ในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี ประจำปีภาคเรียนที่ ๓/ฤดูร้อน ปีการศึกษา ๒๕๖๓

(โปรดกรอกข้อความด้วยลายมือบรรจง)

ประวัติส่วนตัว

๑. ชื่อ นาย/นาง/นางสาว
๒. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. อายุ..... ปี
๓. ศึกษาอยู่ มหาวิทยาลัย/สถาบัน.....
คณะ.....สาขา.....ชั้นปีที่.....
กลุ่มสาขาวิชา (เช่น สังคมศาสตร์/ศิลปศาสตร์/วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี/ศิลปกรรมศาสตร์ 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 เป็นการศึกษ
ในหลักสูตรที่ไม่สูงกว่าระดับปริญญาตรี และข้าพเจ้ายังไม่เคยสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีมาก่อน
๒. ข้าพเจ้าไม่เคยย้ายคณะ/สาขาวิชาหรือสถาบันอุดมศึกษาเกินกว่า ๒ ครั้ง
- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อรับรองนักศึกษาโดยผู้บริหารสถาบันอุดมศึกษา
หรือระดับผู้อำนวยการกอง/สำนัก ขึ้นไป

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง
(.....)

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

หมายเหตุ

๑. ให้นักศึกษาพิการเป็นผู้ลงลายมือชื่อด้วยตนเองเท่านั้น การปลอมแปลงลายมือชื่อถือเป็นความผิดทางอาญา
หากสำนักงานฯ ตรวจพบจะดำเนินการทางกฎหมายและเพิกถอนการเข้าร่วมโครงการฯ
๒. ผู้รับรองต้องมีตำแหน่งในระดับผู้อำนวยการกอง/สำนัก ขึ้นไป
๓. มหาวิทยาลัยต้องเป็นผู้ดำเนินการจัดพิมพ์ข้อมูลประจำตัวและหลักฐานแสดงความพิการ
จากเว็บไซต์กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการหัวข้อ “ตรวจสอบข้อมูลคนพิการ”
https://ecard.dep.go.th/person_info/ และลงลายมือชื่อรับรองเอกสาร





แบบรับรองการตรวจสอบคุณสมบัติของสถาบันอุดมศึกษาที่ขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษา
สำหรับนักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี ประจำปีภาคเรียนที่ ๓/๒๕๖๓

ชื่อสถาบัน.....

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

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ.....เป็นผู้แทนสถาบันอุดมศึกษาในการให้
คำรับรองเรื่องการขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนักศึกษาพิการ โดยขอให้คำรับรองว่า

๑. สถาบันอุดมศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติของนักศึกษาพิการทุกคนที่ขอรับการ
สนับสนุนเงินอุดหนุนฯ ว่า เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศคณะกรรมการส่งเสริมการจัดการศึกษาสำหรับ
คนพิการ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ อัตรา และรายการที่ให้การอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับคนพิการใน
ระดับอุดมศึกษา ดังนี้

๑.๑ เป็นคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนา
คุณภาพชีวิตคนพิการ

๑.๒ ศึกษาอยู่ในสถาบันอุดมศึกษาในหลักสูตรที่ไม่สูงกว่าระดับปริญญาตรี และไม่เคยย้าย
คณะ/สาขาวิชา หรือสถาบันอุดมศึกษาเกินกว่า ๒ ครั้ง

๑.๓ ไม่เคยได้รับการอุดหนุนทางการศึกษาตามประกาศคณะกรรมการส่งเสริมการจัด
การศึกษาสำหรับคนพิการ และยังไม่เคยสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีมาก่อน

๒. สถาบันอุดมศึกษามีคุณสมบัติครบถ้วนที่จะได้รับการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับ
นักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี ประกอบด้วย

๒.๑ มีประกาศสภาสถาบันอุดมศึกษาประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓ เกี่ยวกับข้อกำหนด
นโยบาย หลักเกณฑ์และวิธีการรับนิสิตนักศึกษาพิการเข้าเรียนในสัดส่วนหรือจำนวนที่เหมาะสม

๒.๒ หลักสูตร สาขาวิชาที่นักศึกษาพิการศึกษาอยู่ต้องมีมาตรฐานตามที่
กระทรวงศึกษาธิการกำหนด และต้องผ่านการรับทราบหลักสูตรจากสำนักงาน รวมถึงเปิดการเรียนการสอน
มาแล้วอย่างน้อยหนึ่งปีการศึกษา

๒.๓ มีบุคลากรและระบบสนับสนุนให้นิสิต นักศึกษาพิการศึกษาเล่าเรียนอย่างมีคุณภาพ
ทั้งนี้ ขอรับรองว่าสถาบันอุดมศึกษามีคุณสมบัติครบถ้วนตามรายการที่ระบุข้างต้น
หากสำนักงานฯ ตรวจสอบพบว่า สถาบันอุดมศึกษาขาดคุณสมบัติดังกล่าว สถาบันอุดมศึกษายินยอมขอใช้เงิน
อุดหนุนคืนทั้งหมดและให้สำนักงานฯ เพิกถอนการให้การอุดหนุนทางการศึกษาโดยสถาบันอุดมศึกษาจะไม่เรียก
เก็บค่าใช้จ่ายจากนักศึกษาพิการตลอดหลักสูตร เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติการจัดการศึกษาสำหรับคน
พิการ พ.ศ. ๒๕๕๑

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ ผู้รับรองต้องมีตำแหน่งในระดับผู้อำนวยการกอง/สำนัก ขึ้นไป

แบบฟอร์มการรายงานผลการตรวจสอบคุณสมบัติสถาบันอุดมศึกษาที่ประสงค์ขอรับเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนักศึกษาพิการ
ประจำภาคเรียนที่ ๓/ฤดูร้อน ปีการศึกษา ๒๕๖๓

มหาวิทยาลัย/สถาบัน.....

ที่	คณะ/สาขาวิชา ที่นิสิตนักศึกษาพิการศึกษาอยู่	การรับทราบ หลักฐานจาก สกอ. (รับทราบเมื่อวันที่)	ประกาศสภามหาวิทยาลัย เรื่องนโยบายหลักเกณฑ์การรับคนพิการเข้าศึกษา ปี ๒๕๖๓*		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

**รายละเอียดค่าใช้จ่ายโครงการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษา
สำหรับนักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี ประจำปีภาคเรียนที่ ๓/ฤดูร้อน ปีการศึกษา ๒๕๖๓
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 ภาคเรียนที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๓						

- หมายเหตุ**
- รายการค่าใช้จ่ายที่ไม่ได้รับการอุดหนุนทางการศึกษา
 - ค่าปรับ
 - ค่าประกันอุบัติเหตุ
 - ค่าประกันของเสียหาย
 - ค่าประกันชีวิต
 - ค่าหอพัก
 - ค่าสาธารณูปโภค
 - ค่าเสื้อผ้า/ค่าชุดกีฬา/ค่าของใช้ส่วนตัว

ฯลฯ

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

มหาวิทยาลัยรัฐ	thanyalak.p@mhesi.go.th
มหาวิทยาลัยราชภัฏ	pimprapa.l@mhesi.go.th
มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ และวิทยาลัยชุมชน	apinya.p@mhesi.go.th

หลักฐานการจ่ายเงินสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิตนักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรีประจำภาคเรียนที่ ๓/ฤดูร้อน ปีการศึกษา ๒๕๖๓

ชื่อสถาบันอุดมศึกษา.....ที่อยู่.....

.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลำดับ ที่	ชื่อ-สกุล นักศึกษาพิการ	คณะ/สาขา/ชั้นปี	จำนวนเงินที่ได้รับ การสนับสนุน (บาท)	ลายมือชื่อนักศึกษาพิการ ผู้รับเงิน	วัน เดือน ปี ที่รับเงิน	หมายเหตุ
รวมเงิน				ตามหนังสือแจ้งการโอนเงินเลขที่.....ลงวันที่.....		

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร).....ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

- คำชี้แจง**
1. ให้นักศึกษาพิการแต่ละคนเป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้รับเงินและวันเดือนปีที่ได้รับเงินด้วยตนเองเท่านั้น โดยให้ระบุวันที่ได้รับจากมหาวิทยาลัย
 2. ผู้จ่ายเงินหมายถึงผู้ที่ดำเนินการเบิกจ่ายเงินให้แก่นักศึกษาพิการ เป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้จ่ายเงิน
 3. กรณีที่มีจำนวนนักศึกษาพิการมาก ให้ขยายแบบฟอร์มเพิ่มเติมได้

(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

รายละเอียดค่าใช้จ่ายโครงการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษา
สำหรับนิสิต นักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี
ประจำปีภาคเรียนที่.....ปีการศึกษา 2563
มหาวิทยาลัย.....

นิสิตนักศึกษาพิการที่มีคุณสมบัติตรงตามหลักเกณฑ์ในการขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษา
สำหรับนิสิต นักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี จำนวน 2 คน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น
33,500 บาท ได้แก่

ที่	ชื่อ - สกุล	คณะ/สาขา/ชั้นปี	ประเภทความพิการ	รายการค่าใช้จ่าย	จำนวนเงิน (บาท)	รวมจำนวนเงินที่อนุมัติ
1	นายขยัน เรียนดี	คณะวิทยาศาสตร์ สาขาชีววิทยา ชั้นปีที่ 1	ทางร่างกาย/การเคลื่อนไหว	ค่าหน่วยกิต	1,000	16,900
				ค่าบำรุงการศึกษา	10,000	
				ค่าธรรมเนียมการศึกษา	5,000	
				ค่าบำรุงสุขภาพ	100	
				ค่าบำรุงกีฬา	100	
				ค่าบำรุงกิจกรรมนักศึกษา	100	
				ค่าบำรุงห้องสมุด	100	
				ค่าบำรุงมหาวิทยาลัย	100	
				ค่าธรรมเนียมการใช้อุปกรณ์	100	
				ค่าธรรมเนียมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	100	
				ค่าเอกสารงานทะเบียน	100	
ค่าเอกสารในการจดทะเบียน	100					
2	นางสาวร่ำรวย มีทองมาก	คณะครุศาสตร์ สาขาปฐมวัย ชั้นปีที่ 2	ทางการได้ยิน/สื่อความหมาย	ค่าหน่วยกิต	1,000	16,600
				ค่าบำรุงการศึกษา	10,000	
				ค่าธรรมเนียมการศึกษา	5,000	
				ค่าบำรุงสุขภาพ	100	
				ค่าบำรุงกีฬา	100	
				ค่าบำรุงกิจกรรมนักศึกษา	100	
				ค่าบำรุงห้องสมุด	100	
				ค่าบำรุงมหาวิทยาลัย	100	
ค่าธรรมเนียมการใช้อุปกรณ์	100					
รวมค่าใช้จ่ายเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิต นักศึกษาพิการ ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2563						33,500

หมายเหตุ ๑. รายการค่าใช้จ่ายที่ไม่ได้รับการอุดหนุนทางการศึกษา

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

ฯลฯ