



ประกาศมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์  
เรื่อง กำหนดอัตราเงินช่วยเหลือนิสิตผู้ประสบภัย (ฉบับที่ ๓)

เพื่อให้การจ่ายเงินช่วยเหลือนิสิตผู้ประสบภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔๒ แห่งข้อบังคับมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ว่าด้วยการงบประมาณ การบริหารการเงิน และทรัพย์สิน พ.ศ. ๒๕๖๑ ประกอบกับข้อ ๑๒ แห่งประกาศมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เรื่อง ระเบียบว่าด้วยกองทุนสวัสดิภาพนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๔๗ อธิการบดีมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จึงให้กำหนดอัตราเงินช่วยเหลือนิสิตผู้ประสบภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ดังนี้

๑. นิสิตระดับปริญญาตรีที่มีความเสี่ยงอันเนื่องจากการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามหลักสูตรการเรียนการสอนของสาขาวิชานั้นๆ เนื่องจากมีผู้ร่วมกิจกรรมติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้มีสิทธิเบิกจ่ายค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Real-time PCR) เพื่อหาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินภาคการศึกษาละ ๒,๒๐๐ บาทต่อครั้ง โดยรวมค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Real-time PCR) ทั้งนี้ จะต้องได้รับการพิจารณารับรองจากคณบดีต้นสังกัด หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากคณบดีต้นสังกัด

๒. กรณีนิสิตตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และเข้ารับการรักษาพยาบาลกับสถานพยาบาล ให้มีสิทธิเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาทต่อคน

๓. ขั้นตอนการยื่นเอกสารเบิกจ่ายเงินให้เป็นไปตามแนวปฏิบัติของหน่วยงานที่ดูแลรับผิดชอบงานกองทุนสวัสดิภาพนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บางเขน หรือตามที่แต่ละวิทยาเขตกำหนด

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๔

(นายจรงค์ วัชรินทร์รัตน์)

อธิการบดีมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์



มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตศรีราชา

คำร้องขอรับเงินค่าตรวจเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรื่อง ขอเบิกค่าตรวจเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

(1) เรียน .....

(รองคณบดีฝ่ายกิจการนิสิต)

ข้าพเจ้า  นาย  นางสาว.....

เลขประจำตัวนิสิต.....ชั้นปีที่.....สาขาวิชา.....

คณะ.....ที่อยู่ปัจจุบัน.....

โทรศัพท์(ที่ติดต่อได้สะดวก).....

มีความประสงค์ (ระบุความประสงค์และเหตุผล)

ตามที่ข้าพเจ้าได้ไปตรวจเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากมีความเสี่ยงตามข้อมูลไทม์ไลน์ (ดังเอกสารแนบ)

ณ โรงพยาบาล.....เมื่อวันที่..... โดยมี

ค่าใช้จ่ายจำนวนเงิน.....บาท (ตัวอักษร.....)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(นิตินาม.....)

(.....)

(2) เรียน คณบดีคณะ.....

(ความเห็นรองคณบดีฯ).....

.....

.....

ลงนาม.....

(รองคณบดีฝ่ายกิจการนิสิต)

วันที่...../...../.....

(3) เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานวิทยาเขตศรีราชา

(ความเห็นคณบดีฯ).....

.....

.....

ลงนาม.....

(คณบดีฯ)

วันที่...../...../.....