**แบบแสดงความจำนงขอรับเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิต นักศึกษาพิการ**
**ในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี**
**ภาคการศึกษาที่ ๑/๒๕๕๙**

---

**(โปรดกรอกข้อความด้วยลายมือบรรจง)**

**<u>ประวัติส่วนตัว</u>**

๑. ชื่อ นาย/นาง/นางสาว .....

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

๓. นิสิต/นักศึกษา ศึกษาอยู่ มหาวิทยาลัย/สถาบัน.....
คณะ.....สาขา.....ชั้นปีที่.....
เริ่มรับเงินอุดหนุนทางการศึกษาฯตั้งแต่ ภาคเรียนที่.....ปีการศึกษา.....จำนวนปีของหลักสูตรที่ศึกษา.....ปี

๔. บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....วัน/เดือน/ปี ที่หมดอายุ.....

๕. บัตรประจำตัวคนพิการ เลขที่.....วัน/เดือน/ปี ที่หมดอายุ.....
ประเภทความพิการ.....

๖. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์มือถือ.....Email.....

ข้าพเจ้าได้แนบ**<u>สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาใบลงทะเบียน และใบเสร็จรับเงิน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องมาด้วย</u>** และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

**<u>หมายเหตุ</u>** โปรดกรอกแบบแสดงความจำนงนี้ **<u>พร้อมแนบเอกสารสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาใบเสร็จรับเงิน หรือสำเนาใบลงทะเบียน หรือสำเนาใบแจ้งการชำระเงิน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง</u>** นำส่งที่สถาบันอุดมศึกษาที่ท่านสังกัด ภายในวัน เวลา ที่กำหนด

* สามารถ Download แบบแสดงความจำนงนี้ ได้ที่ www.mua.go.th หัวข้อ ทุนการศึกษา “โครงการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิตนักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี ภาคเรียนที่ ๑/๒๕๕๙”

**แบบฟอร์มการรายงานผลการตรวจสอบคุณสมบัตินิสิตนักศึกษาพิการที่ประสงค์ขอรับเงินอุดหนุนทางการศึกษาและจำนวนเงินที่ได้รับอุดหนุนทางการศึกษา**

**ประจำภาคเรียนที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๕๙**

**มหาวิทยาลัย.....**

จำนวนนิสิตนักศึกษาพิการที่มีคุณสมบัติตรงตามหลักเกณฑ์ในการขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิตนักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี ทั้งสิ้น.....คน ดังนี้

| ที่ | รายชื่อนิสิตนักศึกษา | สาขาวิชา/คณะ | ชั้นปี | ระยะเวลาของหลักสูตร (ปี) | ความพิการ | ค่าใช้จ่าย (บาท) | | | | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | ค่าลงทะเบียนเรียน | ค่าบำรุงการศึกษา | ค่าธรรมเนียมการศึกษา | รวม | |
| | | | | | | | | | | |
| **รวมค่าใช้จ่ายเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิตนักศึกษาพิการ ประจำภาคเรียนที่ ๑ ปี ๒๕๕๙** | | | | | | | | | | |

รายนามผู้ตรวจสอบคุณสมบัตินิสิตนักศึกษาพิการที่มีสิทธิ์ได้รับเงินอุดหนุนทางการศึกษา

ลายมือชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงวันที่.....

**<u>หมายเหตุ</u>** เฉพาะนิสิต นักศึกษาพิการที่มีความประสงค์ขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิต นักศึกษาพิการ

**โครงการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิตนักศึกษาพิการ**
**ในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี**
**ประจำภาคเรียนที่.....ปีการศึกษา.....**
**มหาวิทยาลัย.....**

นิสิตนักศึกษาพิการที่มีคุณสมบัติตรงตามหลักเกณฑ์ในการขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิตนักศึกษาพิการ ในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี ประจำภาคเรียนที่.....ปีการศึกษา**.....**

**จำนวน.....คน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท** ได้แก่

| ที่ | ชื่อ – สกุล | คณะ/สาขา/ชั้นปี | ประเภทความพิการ | รายการค่าใช้จ่าย | จำนวนเงิน (บาท) | รวมจำนวนเงินที่อนุมัติ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ๑ | | | | ค่าหน่วยกิต | | |
| | | | | ค่าบำรุงการศึกษา | | |
| | | | | ค่าธรรมเนียมการศึกษา | | |
| | | | | ..... | | |
| | | | | ..... | | |
| | | | | ..... | | |
| | | | | ..... | | |
| | | | | ..... | | |
| | | | | ..... | | |
| | | | | ..... | | |
| | | | | ..... | | |
| | | | | ..... | | |
| **รวมค่าใช้จ่ายเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิต นักศึกษาพิการ ภาคเรียนที่.....ปีการศึกษา.....** | | | | | | |

**หมายเหตุ** ๑. รายการค่าใช้จ่ายที่ไม่ได้รับการอุดหนุนทางการศึกษา

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

ฯลฯ

๒. ให้บันทึกข้อมูลดังกล่าวลงในแผ่น CD และจัดส่งกลับมายังสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาโดยขอให้จัดส่งสำเนาผ่านทาง E-mail : apinya.kan@mua.go.th ด้วยอีกทางหนึ่ง