



มหาวิทยาลัยสยาม  
 เลขรับ ม. 2052  
 วันที่ ๒๕ ก.ค. ๒๕๕๙  
 เวลา ๑๑.๒๐ น.

ที่ ศธ ๐๕๐๘/ว ๘๓๔

สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา  
 ๓๒๘ ถนนศรีอยุธยา เขตราชเทวี  
 กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๙ มิถุนายน ๒๕๕๙

เรื่อง โครงการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิต นักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี ประจำปีภาคเรียนที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๕๙

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยสยาม

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. แบบฟอร์มแสดงความจำนงขอรับเงินอุดหนุนฯ ภาคเรียนที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๕๙
  ๒. แบบฟอร์มการรายงานผลการตรวจสอบคุณสมบัตินักศึกษาพิการที่ประสงค์ขอรับเงินอุดหนุนฯ และจำนวนเงินที่ขอรับ ภาคเรียนที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๕๙

ตามที่ สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาได้ดำเนินโครงการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิต นักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี เพื่อให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการส่งเสริมการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ เรื่อง กำหนดอัตราและรายการที่ให้การอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับคนพิการในระดับอุดมศึกษา โดยเริ่มตั้งแต่ภาคเรียนที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๕๓ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา ใ้ร่ความอนุเคราะห์สถาบันอุดมศึกษาดำเนินการ ดังนี้

๑. ประชาสัมพันธ์ให้นักศึกษาพิการที่ประสงค์ขอรับเงินอุดหนุนทางการศึกษาฯ กรอกแบบแสดงความจำนงขอรับเงินอุดหนุนฯ ประจำปีภาคเรียนที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๕๙ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑)
๒. ตรวจสอบและจัดส่งรายชื่อนักศึกษาพิการระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี ที่มีความประสงค์ขอรับเงินอุดหนุน ภาคเรียนที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๕๙ โดยแนบเอกสารหลักฐาน ดังนี้
  - ๒.๑ รายงานผลการตรวจสอบคุณสมบัติฯ และจำนวนเงินที่ขอรับ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒)
  - ๒.๒ สำเนาบัตรประจำตัวผู้พิการ ที่แสดงชื่อ - นามสกุล และวันหมดอายุของบัตร โดยบัตรดังกล่าวจะต้องไม่หมดอายุก่อนวันที่ส่งหลักฐาน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
  - ๒.๔ สำเนาใบเสร็จรับเงิน หรือสำเนาใบลงทะเบียน หรือสำเนาใบแจ้งการชำระเงิน ประจำปีภาคเรียนที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๕๙ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
  - ๒.๕ สำเนาเลขที่บัญชีธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ชื่อ “โครงการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับคนพิการ” ในนามสถาบันอุดมศึกษา พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง โดยบัญชีดังกล่าวต้องออกใบเสร็จรับเงินในนามสถาบันอุดมศึกษาได้
  - ๒.๖ สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-นามสกุลของนักศึกษาพิการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

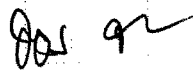
/ทั้งนี้...

ทั้งนี้ ให้ตรวจสอบความถูกต้องและรวบรวมเอกสารข้อ ๒.๑ - ๒.๖ ของนักศึกษาพิการให้ครบทุกคน และจัดส่งมายังสำนักส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพนักศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา ภายในวันพุธที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๙ โดยสามารถ Download แบบฟอร์มข้างต้นได้ที่เว็บไซต์ [www.mua.go.th](http://www.mua.go.th) หัวข้อ ทุนการศึกษา “โครงการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิต นักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี ภาคเรียนที่ ๑/๒๕๕๙” และตั้งแต่ปีการศึกษา ๒๕๕๙ เป็นต้นไป สำนักงานฯ จะสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาฯ ย้อนหลังให้เพียง ๑ ภาคการศึกษาเท่านั้น

อนึ่ง เพื่อเป็นการบรรเทาความเดือดร้อนของนักศึกษาพิการที่ได้ลงทะเบียนเรียน สำนักงานฯ จึงขอความอนุเคราะห์สถาบันอุดมศึกษาโปรดพิจารณาผ่อนผันการชำระเงินค่าลงทะเบียนให้กับนักศึกษาพิการที่ประสงค์เข้าร่วมโครงการดังกล่าวไประยะหนึ่งก่อน หากนักศึกษาพิการรายใดได้ชำระเงินค่าลงทะเบียนแล้ว ให้เก็บหลักฐานการชำระเงินไว้เพื่อขอรับเงินคืน กรณีที่หลักฐานสูญหายให้สถาบันรับรองหลักฐานการชำระเงินเพื่อประโยชน์แก่นักศึกษาพิการ และสำนักงานฯ จะดำเนินการโอนเงินให้กับสถาบันอุดมศึกษาโดยเร็วต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(นายขจร จิตสุขุมมงคล)

รองเลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา

ปฏิบัติราชการแทน เลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา

สำนักส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพนักศึกษา

กลุ่มส่งเสริมการเรียนรู้ประสบการณ์กับชุมชน

โทร. ๐ ๒๖๑๐ ๕๔๖๗, ๐ ๒๖๑๐ ๕๔๑๖

โทรสาร ๐ ๒๓๕๔ ๕๔๖๐, ๐ ๒๓๕๔ ๕๕๓๒



แบบแสดงความจำนงขอรับเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิต นักศึกษาพิการ  
ในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี  
ภาคการศึกษาที่ 1/2559

(โปรดกรอกข้อความด้วยลายมือบรรจง)

**ประวัติส่วนตัว**

1. ชื่อ นาย/นาง/นางสาว .....
2. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .... อายุ..... ปี
3. นิสิต/นักศึกษา ศึกษาอยู่ มหาวิทยาลัย/สถาบัน.....  
คณะ.....สาขา.....ชั้นปีที่.....  
เริ่มรับเงินอุดหนุนทางการศึกษาตั้งแต่ ภาคเรียนที่.....ปีการศึกษา.....จำนวนปีของหลักสูตรที่ศึกษา.....ปี
4. บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....วัน/เดือน/ปี ที่หมดอายุ.....
5. บัตรประจำตัวคนพิการ เลขที่.....วัน/เดือน/ปี ที่หมดอายุ.....  
ประเภทความพิการ.....
6. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์มือถือ.....Email.....

**ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาใบลงทะเบียน และใบเสร็จรับเงิน  
พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องมาด้วย และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ**

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

**หมายเหตุ**

โปรดกรอกแบบแสดงความจำนงนี้ **พร้อมแนบเอกสารสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาใบเสร็จรับเงิน  
หรือสำเนาใบลงทะเบียน หรือสำเนาใบแจ้งการชำระเงิน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง** นำส่งที่  
สถาบันอุดมศึกษาที่ท่านสังกัด ภายในวัน เวลา ที่กำหนด

แบบฟอร์มการรายงานผลการตรวจสอบคุณสมบัตินิสิตนักศึกษาพิการที่ประสงค์ขอรับเงินอุดหนุนทางการศึกษาและจำนวนเงินที่ได้รับอุดหนุนทางการศึกษา  
 ประจำปีภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2559

มหาวิทยาลัย.....

จำนวนนิสิตนักศึกษาพิการที่มีคุณสมบัติตรงตามหลักเกณฑ์ในการขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิตนักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี  
 ทั้งหมดนี้.....คน ดังนี้

ที่	รายชื่อนิสิตนักศึกษา	สาขาวิชา/คณะ	ชั้นปี	ระยะเวลา ของ หลักสูตร (ปี)	ความพิการ	ค่าใช้จ่าย (บาท)				หมายเหตุ
						ค่าลงทะเบียน เรียน	ค่าบำรุง การศึกษา	ค่าธรรมเนียม การศึกษา	รวม	
<b>รวมค่าใช้จ่ายเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิตนักศึกษาพิการ ประจำปีภาคเรียนที่ 1 ปี 2559</b>										

รายนามผู้ตรวจสอบคุณสมบัตินิสิตนักศึกษาพิการที่มีสิทธิ์ได้รับเงินอุดหนุนทางการศึกษา  
 ลายมือชื่อ.....  
 (.....)  
 ตำแหน่ง.....  
 ลงวันที่.....

**หมายเหตุ** เฉพาะนิสิต นักศึกษาพิการที่มีความประสงค์ขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิต นักศึกษาพิการ

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

นิสิตนักศึกษาพิการที่มีคุณสมบัติตรงตามหลักเกณฑ์ในการขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิตนักศึกษาพิการ  
ในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี ประจำภาคเรียนที่.....ปีการศึกษา.....จำนวน.....คน รวมเป็นเงิน  
ทั้งสิ้น.....บาท ได้แก่

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

**หมายเหตุ**

1. รายการค่าใช้จ่ายที่ไม่ได้รับการอุดหนุนทางการศึกษา

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

2. ให้บันทึกข้อมูลดังกล่าวลงในแผ่น CD และจัดส่งกลับมายังสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาโดยขอให้

จัดส่งสำเนาผ่านทาง E-mail : apinya.kan@mua.go.th ด้วยอีกทางหนึ่ง