



ประกาศคณะกรรมการสวัสดิการมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี  
เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการจ่ายเงินช่วยเหลือกรณีบุคลากรเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน  
พ.ศ. ๒๕๖๕

เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนสวัสดิการมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี กรณีการจ่ายเงินช่วยเหลือกรณีบุคลากรเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในสถานพยาบาล สำหรับบุคลากรมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๙ (๙) และข้อ ๓๑ แห่งระเบียบสวัสดิการมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พ.ศ. ๒๕๔๗ ประกอบกับมติคณะกรรมการสวัสดิการมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ครั้งที่ ๒/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๖ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ คณะกรรมการสวัสดิการมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จึงออกประกาศกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการจ่ายเงินชดเชยกรณีผู้ป่วยในให้แก่บุคลากรมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ไว้ดังนี้

**ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการสวัสดิการมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการจ่ายเงินช่วยเหลือกรณีบุคลากรเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. ๒๕๖๕”**

**ข้อ ๒ ประกาศนี้ ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศ เป็นต้นไป**

**ข้อ ๓ ในประกาศนี้**

“มหาวิทยาลัย” หมายถึง มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

“คณะกรรมการ” หมายถึง คณะกรรมการสวัสดิการมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

“ประธานกรรมการ” หมายถึง ประธานกรรมการสวัสดิการมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

“เงินช่วยเหลือ” หมายถึง เงินที่เบิกจ่ายจากกองทุนสวัสดิการมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เพื่อเป็นสวัสดิการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของบุคลากรที่เข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยในของสถานพยาบาล

“บุคลากร” หมายถึง ข้าราชการพลเรือนในสถาบันอุดมศึกษา พนักงานมหาวิทยาลัย ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราว

“ผู้ป่วยใน” หมายถึง บุคลากรที่เข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยในที่สถานพยาบาล

“สถานพยาบาล” หมายถึง

(๑) โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของกระทรวง ทบวง กรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ สถาบันอุดมศึกษาของรัฐ หน่วยงานอื่นของรัฐ และสภากาชาดไทย

(๒) สถานพยาบาลของเอกชนที่ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจกรรมตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

**ข้อ ๔ ให้จ่ายเงินช่วยเหลือแก่บุคลากรที่เข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน โดยเบิกจ่ายจากเงินกองทุนสวัสดิการมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ในอัตราวันละ ๑,๐๐๐ บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน) แต่ไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน) ต่อคนต่อปี**

**ข้อ ๕ เอกสารประกอบการยื่นเรื่องขอรับเงินช่วยเหลือ มีดังนี้**

- (๑) แบบขอรับเงินช่วยเหลือกรณีบุคลากรเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้  
(๒) หลักฐานที่แสดงการเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยใน ได้แก่ ใบเสร็จรับเงินจากสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา หนังสือรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา และใบลาป่วยที่ได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา

**ข้อ ๖ ขั้นตอนการยื่นแบบคำขอรับเงินช่วยเหลือ ให้ดำเนินการดังนี้**

- (๑) บุคลากร ที่ประสงค์จะขอรับเงินช่วยเหลือกรณีเป็นผู้ป่วยใน กรอกแบบคำขอรับเงินพร้อมเอกสารประกอบการขอรับเงินต่อหน่วยงานต้นสังกัดหรืองานบริหารบุคคลของหน่วยงานต้นสังกัด ตรวจสอบเอกสารประกอบการขอรับเงินและรับรองแล้ว ส่งไปยังกองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานอธิการบดี  
(๒) หน่วยงานต้นสังกัดหรืองานบริหารบุคคลของหน่วยงานต้นสังกัด ตรวจสอบเอกสารประกอบการขอรับเงินและรับรองแล้ว ส่งไปยังกองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานอธิการบดี  
(๓) กองการเจ้าหน้าที่ ตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของเอกสารตามข้อ ๕ แล้วเสนอประธานกรรมการเพื่อพิจารณาอนุมัติ ทั้งนี้ภายหลังที่ได้รับอนุมัติแล้ว ให้กองการเจ้าหน้าที่ส่งเรื่องไปยังกองคลัง  
(๔) กองคลัง ดำเนินการเบิกจ่ายเงินช่วยเหลือตามที่ได้รับอนุมัติแล้ว โดยจ่ายผ่านบัญชีเงินเดือนของบุคลากร จัดเก็บหลักฐานและบันทึกระบบบัญชี

**ข้อ ๗ ให้ประธานกรรมการ รักษาการตามประกาศนี้**

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕



( นายอรรถพงศ์ กาวพ )

รองอธิการบดีฝ่ายบริหารทรัพยากรมนุษย์  
ประธานคณะกรรมการสวัสดิการมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

แบบคำขอรับเงินช่วยเหลือกรณีบุคลากรเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน  
แบบท้ายประกาศคณะกรรมการสวัสดิการมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี  
เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการจ่ายเงินช่วยเหลือกรณีบุคลากรเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน  
พ.ศ. ๒๕๖๕

เขียนที่.....  
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง..... สังกัด .....

ที่อยู่ปัจจุบัน..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทร.....

เป็นผู้มีสิทธิรับเงินช่วยเหลือกรณีผู้ป่วยในตามข้อ ๓ แห่งประกาศฯ มีความประสงค์ขอรับเงินช่วยเหลือกรณี  
ผู้ป่วยใน จำนวน ..... บาท (.....) ดังหลักฐานที่แสดงการ  
เข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาล.....

ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่..... รวม ..... วัน เพื่อเป็นหลักฐานการขอรับเงิน  
ช่วยเหลือกรณีผู้ป่วยในที่แบบมาพร้อมนี้

ขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....  
(.....)  
ตำแหน่ง .....

คณะ/วิทยาลัย/สำนัก/กองหรือสำนักงานในสังกัดสำนักงานอธิการบดี

หน่วยงานด้านสังกัดหรืองานบริหารบุคคลของหน่วยงานด้านสังกัด ได้ตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
วันที่..... เดือน..... ปี.....

ประธานคณะกรรมการสวัสดิการพิจารณาแล้ว

- อนุมัติ  
 ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....  
 อื่น ๆ .....

(ลงชื่อ).....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....