

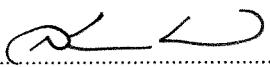


ประกาศมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือค่าตรวจหาเชื้อ covid-19

อาศัยอำนาจตามความใน ข้อ 42 แห่งข้อบังคับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ว่าด้วยการบริหารการเงิน การพัสดุและทรัพย์สินมหาวิทยาลัย จึงออกประกาศหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือค่าตรวจหาเชื้อ covid-19 ดังนี้

1. ให้จ่ายเงินช่วยเหลือค่าตรวจหาเชื้อ covid-19 ตามจ่ายจริงไม่เกิน 1,500 บาทต่อคน โดยให้เบิกได้เพียงครั้งเดียว
2. ให้จ่ายให้แก่พนักงานมหาวิทยาลัย ข้าราชการ และลูกจ้างของส่วนราชการซึ่งปฏิบัติงาน ในมหาวิทยาลัยและลูกจ้างของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ยกเว้น บุคคลในครอบครัว
3. ให้จ่ายแก่นิสิตที่กำลังศึกษาในหลักสูตรตั้งแต่ระดับปริญญาตรี หรือระดับบัณฑิตศึกษาของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
4. เป็นผู้มีความเสี่ยงสูงตามแนวทางของกรมควบคุมโรค หรือมีอาการที่เข้าข่ายเป็นโรคติดเชื้อ covid-19
5. เอกสารประกอบการเบิกจ่าย
  - (1) แบบขอเบิกเงินช่วยเหลือค่าตรวจเชื้อ covid-19
  - (2) ใบเสร็จรับเงินที่โรงพยาบาลออกให้และยื่นขอเบิกภายใน 60 วันนับจากวันที่ใบเสร็จรับเงิน หากพ้นกำหนดถือว่าไม่ประสงค์จะเบิกค่าตรวจหาเชื้อ covid-19
  - (3) ใบรับรองแพทย์
  - (4) สำเนาบัตรประจำตัว
6. ให้จ่ายเงินช่วยเหลือค่าตรวจหาเชื้อ covid-19 ตั้งแต่ 1 มีนาคม 2564 – 30 พฤษภาคม 2564
7. กรณีบุคลากรของมหาวิทยาลัยตามข้อ 2 หากจ่ายเงินค่าตรวจหาเชื้อ covid-19 มากกว่า 1,500 บาท ส่วนต่างให้นำไปเบิกจากเงินสวัสดิการพนักงานมหาวิทยาลัยหรือลูกจ้างมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒตามสิทธิที่ตนมีอยู่ได้
8. สถานที่ยื่นเอกสารขอเบิกเงินช่วยเหลือค่าตรวจหาเชื้อ covid-19
  - (1) บุคลากรมหาวิทยาลัย ที่ส่วนทรัพยากรบุคคล สำนักงานอธิการบดี
  - (2) นิสิต ที่ส่วนกิจการนิสิต มศว ประสานมิตรและองครักษ์

ประกาศ ณ วันที่ 16 เมษายน 2564

ลงชื่อ.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)  
อธิการบดีมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



## แบบใบขอเบิกเงินช่วยเหลือค่าตรวจหาเชื้อ covid-19

- บุคลากร สังกัด.....
- นิสิต คณะ/วิทยาลัย.....

ชื่อ..... ตำแหน่ง/รหัสนิสิต.....

สำหรับนิสิตระดับการศึกษา  ปริญญาตรี  บัณฑิตศึกษา

มีความเสี่ยงสูงตามเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค โดยเกิดขึ้นเมื่อวันที่ .....

- ดังนี้
- เจอกับผู้ติดเชื้อโดยตรง ในพื้นที่ปิด อากาศไม่ถ่ายเทเกิน 15 นาที
  - เจอและพูดคุย มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อ ในระยะไม่เกิน 1 เมตร นานมากกว่า 5 นาที
  - อยู่ใกล้กับผู้ติดเชื้อในระยะไม่เกิน 1 เมตร โดยต่างคนต่างไม่ใส่หน้ากากอนามัย หรือเครื่องป้องกันอื่นๆ เป็นเวลาอย่างน้อย 15 นาที
  - ไอ หรือจามใส่กัน โดยไม่ได้ใส่หน้ากากอนามัย หรือเครื่องป้องกันอื่นๆ
  - รับประทานอาหาร หรือดื่มเครื่องดื่มจากภาชนะเดียวกัน อุปกรณ์รับประทานอาหารขึ้นเดียวกันกับผู้ติดเชื้อ
  - อยู่บ้านเดียวกับผู้ติดเชื้อ
  - อยู่ในสถานที่เดียวกันกับผู้ติดเชื้อจำนวนมาก พื้นที่เกิดโรค เช่น ผับ หรือตลาดที่ทาง ศบค. ประกาศว่าเป็นพื้นที่เกิดโรค

มีอาการที่เข้าข่ายการเป็นโรคติดเชื้อ covid-19 ได้แก่ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริง และขอเบิกเงินช่วยเหลือค่าตรวจหาเชื้อ covid-19 โดยแนบหลักฐานประกอบ ดังนี้

- ใบเสร็จรับเงินที่โรงพยาบาลออกให้
- ใบรับรองแพทย์
- สำเนาบัตรประจำตัว
- .....

ลงชื่อ..... ผู้ขอเบิก

(.....)

วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

เอกสารครบถ้วนพร้อมจ่าย

ลงชื่อ.....

(.....)