

กองกิจการนักศึกษา
เลขรับ 1197
วันที่ 15 ต.ค.
เวลา 19.07 ปี



เลขที่รับ 1384
วันที่ 3 ต.ค. 62

ที่ อว ๐๒๒๖.๒/ว ๘๘๑

สำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา

วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

ถนนศรีอยุธยา เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐4

๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

วันที่ 4 ต.ค. 2562

เรื่อง การสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิต นักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี ประจำปีภาคการศึกษาที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๒

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. ประกาศคณะกรรมการส่งเสริมการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ อัตรา และรายการที่ให้การอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับคนพิการในระดับอุดมศึกษา
 ๒. แบบแสดงความจำนงขอรับเงินอุดหนุนฯ ภาคการศึกษาที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๒
 ๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณสมบัติของสถาบันอุดมศึกษาที่ขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนฯ
 ๔. แบบฟอร์มการรายงานผลการตรวจสอบคุณสมบัติสถาบันอุดมศึกษาที่ประสงค์ขอรับเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนักศึกษาพิการ ประจำปีภาคการศึกษาที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๒
 ๕. หลักฐานการจ่ายเงินสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิตนักศึกษาพิการฯ
 ๖. คู่มือหลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติการขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษา

ตามที่ สำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมได้ดำเนินโครงการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิต นักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี เพื่อให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการส่งเสริมการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ อัตรา และรายการที่ให้การอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับคนพิการในระดับอุดมศึกษา (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑)

เพื่อให้เป็นไปตามประกาศดังกล่าวสำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม จึงใคร่ขอให้สถาบันอุดมศึกษาที่ประสงค์จะขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิต นักศึกษาพิการ ประจำปีภาคการศึกษาที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๒ ดำเนินการ ดังนี้

๑. ประชาสัมพันธ์ให้นักศึกษาพิการที่ประสงค์ขอรับเงินอุดหนุนฯ ประจำปีภาคการศึกษาที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๒ กรอกแบบแสดงความจำนงขอรับเงินอุดหนุนฯ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒)

๒. ตรวจสอบและจัดส่งรายชื่อนักศึกษาพิการระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรีที่มีความประสงค์ขอรับเงินอุดหนุนฯ ภาคการศึกษาที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๒ พร้อมแนบเอกสารหลักฐานส่งกระทรวงฯ ดังนี้

๒.๑ แบบรับรองการตรวจสอบคุณสมบัติของสถาบันอุดมศึกษาที่ขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนักศึกษาพิการ ประจำปีภาคเรียนที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๒ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๓)

๒.๒ รายงานผลการตรวจสอบคุณสมบัติ และจำนวนเงินที่ขอรับการสนับสนุนตามที่จ่ายจริง เท่ากับนักศึกษาทั่วไป (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๔)

๒.๓ ข้อมูลประจำตัวและหลักฐานแสดงความพิการที่สถาบันอุดมศึกษารับรอง โดยสามารถพิมพ์ข้อมูลดังกล่าวได้ที่เว็บไซต์กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ หัวข้อ “ตรวจสอบข้อมูลคนพิการ” http://ecard.dep.go.th/nep_personal_qr/ (เป็นไปตามมาตรการอำนวยความสะดวกและลดภาระแก่ประชาชนโดยการไม่เรียกเก็บสำเนาเอกสารที่ทางราชการออกให้ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๑)

/ ๒.๔ ใบเสร็จจ...

เรียน รองอธิการบดีฝ่ายพัฒนาศึกษาศาสตร์และศิษย์เก่าสัมพันธ์
 กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและ
 นวัตกรรม ขอแจ้งให้มหาวิทยาลัยฯ ดำเนินการขอรับเงิน
 การสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาลำหรับ นิสิต
 นักศึกษาพิการ ในระดับอนุ ปรถมศึกษาและระดับปริญญาตรี
 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา ๒๕๖๒ รายละเอียดตามแนบ.

เห็นสมควรให้ทุกคณะ ทุกวิทยาเขต ดำเนินการ
 ประชาสัมพันธ์ แจ้งนักศึกษา และรวบรวมแบบฟอร์มแสดง
 ความจำเป็นขอรับเงินอุดหนุน ส่งมายัง งานแผนฯ แล
 และจัดทากราน ๑๐๘๓ การศึกษาศาสตร์ ศึกษาศาสตร์ใหญ่
 ภายในวันที่ ๑๐ ธันวาคม ๒๕๖๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา จักเป็นพระคุณยิ่ง

จิ


พิจารณา: ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๒

วิท นี
 ทธ.ด.๒

๑
 ส.ท.น.๒๐.๓๓๐๗
 ๑๑.๑.๖๒

๑๕
 ๑๒.๑.๖๒

๒.๔ ใบเสร็จรับเงินประจำภาคการศึกษาที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๒ ฉบับจริงเท่านั้น หากเป็นใบลงทะเบียนหรือใบแจ้งการชำระเงินให้นักศึกษาพิจารณาการลงลายมือชื่อในเอกสารด้วย

๒.๕ กรณีเป็นสถาบันอุดมศึกษาในกำกับและสถาบันอุดมศึกษาเอกชนให้แนบสำเนา เลขที่บัญชีธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ชื่อ “โครงการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับ คนพิการของ...(ระบุชื่อสถาบันอุดมศึกษา)...” ในนามสถาบันอุดมศึกษา พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องและระบุชื่อ หมายเลขโทรศัพท์ผู้ประสานงานให้ชัดเจนโดยบัญชีดังกล่าวต้องออกใบเสร็จรับเงินในนามสถาบันอุดมศึกษาได้

ให้สถาบันอุดมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องและรวบรวมเอกสารข้อ ๒.๑ - ๒.๕ ให้ครบถ้วนพร้อมให้ผู้บริหาร สถาบันลงลายมือชื่อรับรองในเอกสารทุกแผ่น และจัดส่งมายังสำนักส่งเสริมและพัฒนาศึกษากายพิการศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ภายในวันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๓ โดยสามารถ Download แบบฟอร์มได้ที่เว็บไซต์ www.mhesi.go.th หัวข้อ ทุนการศึกษา “โครงการสนับสนุน เงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิต นักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี ภาคเรียนที่ ๒/๒๕๖๑” และเมื่อสถาบันอุดมศึกษาได้รับการโอนเงินงบประมาณสนับสนุนเงินอุดหนุนฯ ดังกล่าวแล้ว ขอให้จัดทำเอกสารหลักฐานการจ่ายเงิน (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๕) ส่งให้ทางสำนักงานฯ ทันที ทั้งนี้ การปลอมแปลงเอกสารและให้ข้อมูลเท็จใดๆ ที่ทำให้ราชการเกิดความเสียหายถือเป็นความผิดทางอาญา หากสำนักงานฯ ตรวจพบจะดำเนินการทางกฎหมายอย่างสูงสุดและเพิกถอนการเข้าร่วมโครงการ สนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาฯ ของสถาบันอุดมศึกษาทันที

สถาบันอุดมศึกษาทุกแห่งที่ยื่นเอกสารขอรับการอุดหนุน ให้ปฏิบัติตามประกาศ คณะกรรมการส่งเสริมการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ อัตรา และรายการที่ให้การ อุดหนุนทางการศึกษาสำหรับคนพิการในระดับอุดมศึกษา ตลอดจนแนวทางและเงื่อนไขการขอรับเงินอุดหนุนฯ ตามหนังสือคู่มือหลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติการขอรับเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับคนพิการใน ระดับอุดมศึกษา (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๖) อย่างเคร่งครัด สำนักงานฯ จะพิจารณาสนับสนุนเงินอุดหนุนให้แก่ สถาบันอุดมศึกษาที่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และแนวทางดังกล่าวเท่านั้น ทั้งนี้ เพื่อเป็นการบรรเทาความ เดือดร้อนของนักศึกษาพิการที่ได้ลงทะเบียนเรียน สำนักงานฯ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์สถาบันอุดมศึกษา พิจารณายกเว้นการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือผ่อนผันการชำระเงินค่าลงทะเบียนให้กับนักศึกษาพิการที่ประสงค์ เข้าร่วมโครงการดังกล่าว และหากนักศึกษาพิการรายใดได้ชำระเงินค่าลงทะเบียนแล้วขอให้เก็บหลักฐานการ ชำระเงินไว้เพื่อขอรับเงินคืน กรณีที่หลักฐานสูญหายให้สถาบันรับรองหลักฐานการชำระเงิน เพื่อประโยชน์แก่ นักศึกษาพิการ และสำนักงานฯ จะดำเนินการโอนเงินให้กับสถาบันอุดมศึกษาโดยเร็วต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(ศาสตราจารย์สัมพันธ์ กุทธิเศษ)
เลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา
ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา
วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

ประกาศคณะกรรมการส่งเสริมการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ
เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ อัตรา และรายการที่ให้การอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับคนพิการ
ในระดับอุดมศึกษา

โดยที่ประกาศคณะกรรมการส่งเสริมการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ เรื่อง กำหนดอัตราและรายการที่ให้การอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับคนพิการในระดับอุดมศึกษา ได้ใช้บังคับมาเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้ว จึงมีความจำเป็นต้องมีการปรับปรุงให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๒ (๔) แห่งพระราชบัญญัติการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๑ คณะกรรมการส่งเสริมการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า ประกาศคณะกรรมการส่งเสริมการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ อัตรา และรายการที่ให้การอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับคนพิการในระดับอุดมศึกษา

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก ประกาศคณะกรรมการส่งเสริมการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ เรื่อง กำหนดอัตราและรายการที่ให้การอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับคนพิการในระดับอุดมศึกษา ลงวันที่ ๑๒ พฤษภาคม ๒๕๕๓

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สถาบันอุดมศึกษา” หมายความว่า สถานศึกษาในระดับอุดมศึกษาทั้งของรัฐและเอกชน ตามกฎหมายเกี่ยวกับการจัดตั้งสถาบันอุดมศึกษานั้น

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการส่งเสริมการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ

“เลขาธิการ” หมายความว่า เลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา

“การอุดหนุน” หมายความว่า การอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับคนพิการ

ข้อ ๕ เพื่อประโยชน์ในการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ สถาบันอุดมศึกษาที่มีสิทธิได้รับการอุดหนุน ต้องเป็นสถาบันอุดมศึกษาที่ได้รับคนพิการซึ่งมีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เข้าศึกษาในหลักสูตรที่ไม่สูงกว่าระดับปริญญาตรี และต้องเป็นการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการที่ยังไม่เคยสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี

ในกรณีที่นิสิต นักศึกษาพิการย้ายสาขาวิชาหรือสถาบันอุดมศึกษาเกินกว่าสองครั้ง สถาบันอุดมศึกษาจะไม่ได้รับการอุดหนุนตามประกาศนี้

สำหรับนิสิต นักศึกษาพิการที่เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาตรีพร้อมกันตั้งแต่สองสถาบันอุดมศึกษาขึ้นไป ให้สถาบันอุดมศึกษาที่ขอรับการอุดหนุนต่อสำนักงานก่อน มีสิทธิได้รับการอุดหนุนตามประกาศนี้ เพียงแห่งเดียว

ข้อ ๖ ให้สำนักงานพิจารณาให้ความเห็นชอบสถาบันอุดมศึกษาที่มีสิทธิได้รับการอุดหนุน ภายใต้หลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) สถาบันอุดมศึกษามีการเปิดการเรียนการสอนมาแล้ว อย่างน้อยหนึ่งปีการศึกษา

(๒) หลักสูตร สาขาวิชาที่เปิดการเรียนการสอนต้องมีมาตรฐานตามที่กระทรวงศึกษาธิการกำหนด และต้องผ่านการรับทราบหลักสูตรจากสำนักงาน

(๓) มีบุคลากรและระบบสนับสนุนให้นิสิต นักศึกษาพิการศึกษาล่าเรียนอย่างมีคุณภาพ

ข้อ ๗ รายการที่ให้การอุดหนุน ตามข้อ ๕ ประกอบด้วย ค่าเล่าเรียน ค่าบำรุง ค่าธรรมเนียมและค่าใช้จ่ายอื่นในทำนองเดียวกันกับค่าเล่าเรียน ค่าบำรุง ค่าธรรมเนียม ตามรายการที่ปรากฏในระเบียบ ข้อบังคับ หรือประกาศ ของสถาบันอุดมศึกษาแต่ละแห่งในทุกหลักสูตร ของปีการศึกษา ตามจ่ายจริงเท่ากับนักศึกษาทั่วไป ทั้งนี้ ไม่เกินอัตราดังต่อไปนี้

กลุ่มสาขา	อัตราค่าใช้จ่าย บาท/ราย/ปี
๑. สังคมศาสตร์ ศิลปศาสตร์ มนุษยศาสตร์ ศีทศาสตร์ ๑.๑ สาขาที่ขาดแคลนและ หรือเป็นความต้องการของตลาดแรงงาน ได้แก่ บัญชี เศรษฐศาสตร์ สารสนเทศ นิติศาสตร์ ภาษต่างประเทศ วิทยาศาสตร์ คณิตศาสตร์ ครุศาสตร์อุตสาหกรรม โลจิสติกส์ ธุรกิจอุตสาหกรรม อุตสาหกรรมบริการ และธุรกิจการบิน ๑.๒ สาขาอื่น ๆ นอกจาก ๑.๑	๖๐,๐๐๐ ๕๐,๐๐๐
๒. ศิลปกรรมศาสตร์ สถาปัตยกรรมศาสตร์	๗๐,๐๐๐
๓. วิศวกรรมศาสตร์ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	๗๐,๐๐๐
๔. เกษตรศาสตร์	๗๐,๐๐๐
๕. สาธารณสุขศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ เภสัชศาสตร์	๙๐,๐๐๐
๖. แพทยศาสตร์ สัตวแพทยศาสตร์ ทันตแพทยศาสตร์	๒๐๐,๐๐๐

ข้อ ๘ ให้สถาบันอุดมศึกษากำหนดการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากนิสิต นักศึกษาพิการโดยตรง และให้ดำเนินการขอรับการอุดหนุนมายังสำนักงานภายในระยะเวลาที่สำนักงานกำหนด

ในกรณีที่สถาบันอุดมศึกษาได้เรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากนิสิต นักศึกษาพิการแล้ว หากสถาบันอุดมศึกษา ไม่ได้ดำเนินการขอรับการอุดหนุนมายังสำนักงานภายในระยะเวลาตามวรรคหนึ่ง สถาบันอุดมศึกษา ต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง สำนักงานจะให้การสนับสนุนย้อนหลังได้เพียงหนึ่งภาคการศึกษา

ข้อ ๙ การยื่นคำขอรับการอุดหนุน ให้สถาบันอุดมศึกษาแต่ละแห่งดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(๑) ให้สถาบันอุดมศึกษาออกข้อกำหนด นโยบาย หลักเกณฑ์และวิธีการรับนิสิต นักศึกษาพิการเข้าเรียนในสัดส่วนหรือจำนวนที่เหมาะสมเพื่อประกาศใช้ในแต่ละปีการศึกษา เช่น เป้าหมายจำนวนรับ หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการรับคนพิการเข้าศึกษาในสถาบัน ประเภทความพิการที่จะรับเข้าศึกษา คณะ สาขาวิชาที่จะเปิดรับ วิธีการคัดเลือก การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกรองรับ

(๒) ประมาณการจำนวนเงินและจำนวนนิสิต นักศึกษาพิการที่คาดว่าจะรับเข้าศึกษาในแต่ละปี การศึกษา เพื่อประกอบการจัดทำคำของบประมาณรายจ่ายประจำปีถัดไป โดยรายงานต่อสำนักงาน ภายในเดือนกันยายนของทุกปี ทั้งนี้ การรับนักศึกษาต้องมีสัดส่วนหรือจำนวนที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงความพร้อมของสถาบัน ซึ่งไม่เกินแผนการรับที่กำหนดไว้ในเอกสารหลักสูตร (มคอ.๒) ตามที่ สถาบันอุดมศึกษาอนุมัติหรือเห็นชอบ และสำนักงานรับทราบแล้ว

(๓) รายงานจำนวนเงินที่จะต้องเรียกเก็บและรายชื่อนิสิต นักศึกษาพิการที่รับเข้าศึกษา ในแต่ละภาคการศึกษาตามแบบที่เลขาธิการกำหนด พร้อมด้วยระเบียบ ข้อบังคับ หรือประกาศของ สถาบันอุดมศึกษาที่ใช้บังคับในภาคการศึกษานั้น โดยรายงานต่อสำนักงานเพื่อประกอบการเบิกจ่าย งบประมาณ ทั้งนี้ ภายในเดือนตุลาคมและมกราคมของทุกปี

ข้อ ๑๐ ให้สถาบันอุดมศึกษาแต่ละแห่งรายงานข้อมูลเกี่ยวกับผลการศึกษาของนิสิต นักศึกษา พิการต่อสำนักงานตามแบบที่เลขาธิการกำหนด อย่างน้อยปีละครั้ง ทั้งนี้ ภายในเดือนกันยายนของทุกปี เพื่อรายงานต่อคณะกรรมการต่อไป

ข้อ ๑๑ เมื่อประกาศนี้ใช้บังคับแล้ว ให้สถาบันอุดมศึกษาที่รับนิสิต นักศึกษาพิการซึ่งมีบัตร ประจำตัวคนพิการเข้าศึกษา ดำเนินการตามประกาศคณะกรรมการส่งเสริมการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ เรื่อง กำหนดอัตราและรายการที่ให้การอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับคนพิการในระดับอุดมศึกษาไปพลางก่อน และให้เริ่มต้นได้รับการอุดหนุนตามประกาศนี้ ตั้งแต่ปีการศึกษา ๒๕๖๑ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๐

ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ

ประธานกรรมการส่งเสริมการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ



แบบแสดงความจำนงขอรับเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนักศึกษาพิการ
ในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี ภาคการศึกษาที่ ๒/๒๕๖๒

(โปรดกรอกข้อความด้วยลายมือบรรจง)

ประวัติส่วนตัว

- ๑. ชื่อ นาย/นาง/นางสาว
- ๒. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. อายุ..... ปี
- ๓. ศึกษาอยู่ มหาวิทยาลัย/สถาบัน.....
คณะ.....สาขา.....ชั้นปีที่.....
ชื่อหลักสูตร (เช่น วท.บ., วศ.บ., ศศ.บ. เป็นต้น).....
เริ่มรับเงินอุดหนุนทางการศึกษา ตั้งแต่ภาคเรียนที่.....ปีการศึกษา.....จำนวนปีของหลักสูตรที่ศึกษา.....ปี
- ๔. บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....วัน/เดือน/ปี ที่หมดอายุ.....
- ๕. บัตรประจำตัวคนพิการเลขที่.....วัน/เดือน/ปี ที่หมดอายุ.....
ประเภทความพิการ.....
- ๖. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....Email.....
- ๗. เคยได้รับเงินอุดหนุนโครงการนี้จากสถาบันอุดมศึกษาอื่นหรือไม่
 เคย จาก..... ไม่เคย

ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองว่า

- ๑. การขอรับเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนักศึกษาพิการในครั้งนี้ เป็นการศึกษ
ในหลักสูตรที่ไม่สูงกว่าระดับปริญญาตรี และข้าพเจ้ายังไม่เคยสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีมาก่อน
 - ๒. ข้าพเจ้าไม่เคยย้ายคณะ/สาขาวิชาหรือสถาบันอุดมศึกษาเกินกว่า ๒ ครั้ง
- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อรับรองนักศึกษาโดยผู้บริหารสถาบันอุดมศึกษา
(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง
(.....)
ตำแหน่ง.....

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

- หมายเหตุ**
- ๑. ให้นักศึกษาพิการเป็นผู้ลงลายมือชื่อด้วยตนเองเท่านั้น การปลอมแปลงลายมือชื่อถือเป็นความผิดทางอาญาหาก
สำนักงานฯ ตรวจพบจะดำเนินการทางกฎหมายและเพิกถอนการเข้าร่วมโครงการฯ
 - ๒. ผู้รับรองต้องมีตำแหน่งในระดับผู้อำนวยการกอง/สำนัก ขึ้นไป
 - ๓. มหาวิทยาลัยต้องเป็นผู้ดำเนินการจัดพิมพ์ข้อมูลประจำตัวและหลักฐานแสดงความพิการ
จากเว็บไซต์กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการหัวข้อ “ตรวจสอบข้อมูลคนพิการ”
www.dep.go.th และลงลายมือชื่อรับรองเอกสาร



* สามารถ Download แบบแสดงความจำนงนี้ ได้ที่ www.mhesi.go.th “โครงการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิต นักศึกษาพิการใน
ระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี ภาคเรียนที่ ๒/๒๕๖๒”

**รายละเอียดค่าใช้จ่ายโครงการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษา
สำหรับนักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี ประจำปีภาคเรียนที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๒
มหาวิทยาลัย.....**

นิสิตนักศึกษาพิการที่มีคุณสมบัติตรงตามหลักเกณฑ์ในการขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษา
สำหรับนิสิต นักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี จำนวน.....คน รวมเป็นเงิน
ทั้งสิ้น.....บาท ได้แก่

ที่	ชื่อ - สกุล	คณะ/สาขา/ชั้นปี	ประเภทความพิการ	รายการค่าใช้จ่าย	จำนวนเงิน (บาท)	รวมจำนวนเงินที่อนุมัติ
๑				ค่าหน่วยกิต		
				ค่าบำรุงการศึกษา		
				ค่าธรรมเนียมการศึกษา		
					
					
					
					
					
					
					
					
รวมค่าใช้จ่ายเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิต นักศึกษาพิการ ภาคเรียนที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๑						

หมายเหตุ

๑. รายการค่าใช้จ่ายที่ไม่ได้รับการอุดหนุนทางการศึกษา

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

ฯลฯ

๒. จัดส่งเป็นไฟล์ Word/Excel รูปแบบตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด ๑๖" เท่านั้น

๓. ให้จัดทำข้อมูลข้างต้นโดยใช้โปรแกรม Microsoft Office Word หรือ Excel เท่านั้น และ

บันทึกข้อมูลดังกล่าวลงในแผ่น CD และจัดส่งกลับมายังสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาโดยขอให้จัดส่ง
สำเนาผ่านทาง E-mail ด้วยอีกทางหนึ่ง ดังนี้

มหาวิทยาลัยรัฐ

thanyalak.pat@mua.go.th

มหาวิทยาลัยราชภัฏ

pimprapa.lon@mua.go.th

มหาวิทยาลัยราชชมงคล เอกชน และวิทยาลัยชุมชน

apinya.kan@mua.go.th





แบบรับรองการตรวจสอบคุณสมบัติของสถาบันอุดมศึกษาที่ขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษา
สำหรับนักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี ประจำปีภาคเรียนที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๒

ชื่อสถาบัน.....

สถาบันอุดมศึกษาได้มอบหมายให้ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ.....เป็นผู้แทนสถาบันอุดมศึกษาในการ
ให้คำรับรองเรื่องการขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนักศึกษาพิการ โดยขอให้คำรับรองว่า

๑. สถาบันอุดมศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติของนักศึกษาพิการทุกคนที่ขอรับการ
สนับสนุนเงินอุดหนุนฯ ว่า เป็นผู้มีความสมัครรับตามประกาศคณะกรรมการส่งเสริมการจัดการศึกษา
สำหรับคนพิการ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ อัตรา และรายการที่ให้การอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับคนพิการใน
ระดับอุดมศึกษา ดังนี้

๑.๑ เป็นคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนา
คุณภาพชีวิตคนพิการ

๑.๒ ศึกษาอยู่ในสถาบันอุดมศึกษาในหลักสูตรที่ไม่สูงกว่าระดับปริญญาตรี และไม่เคย
ย้ายคณะ/สาขาวิชา หรือสถาบันอุดมศึกษาเกินกว่า ๒ ครั้ง

๑.๓ ไม่เคยได้รับการอุดหนุนทางการศึกษาตามประกาศคณะกรรมการส่งเสริมการจัด
การศึกษาสำหรับคนพิการ และยังไม่เคยสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีมาก่อน

๒. สถาบันอุดมศึกษามีคุณสมบัติครบถ้วนที่จะได้รับการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษา
สำหรับนักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี ประกอบด้วย

๒.๑ มีประกาศสภาสถาบันอุดมศึกษาประจำปีการศึกษา ๒๕๖๒ เกี่ยวกับข้อกำหนด
นโยบาย หลักเกณฑ์และวิธีการรับนิสิตนักศึกษาพิการเข้าเรียนในสัดส่วนหรือจำนวนที่เหมาะสม

๒.๒ หลักสูตร สาขาวิชาที่นักศึกษาพิการศึกษาอยู่ต้องมีมาตรฐานตามที่
กระทรวงศึกษาธิการกำหนด และต้องผ่านการรับทราบหลักสูตรจากสำนักงาน รวมถึงเปิดการเรียนการสอน
มาแล้วอย่างน้อยหนึ่งปีการศึกษา

๒.๓ มีบุคลากรและระบบสนับสนุนให้นิสิต นักศึกษาพิการศึกษาเล่าเรียนอย่างมี
คุณภาพ

ทั้งนี้ ขอรับรองว่าสถาบันอุดมศึกษามีคุณสมบัติครบถ้วนตามรายการที่ระบุข้างต้น
หากสำนักงานฯ ตรวจสอบพบว่า สถาบันอุดมศึกษาขาดคุณสมบัติดังกล่าว สถาบันอุดมศึกษายินยอมชดใช้เงิน
อุดหนุนคืนทั้งหมดและให้สำนักงานฯ เพิกถอนการให้การอุดหนุนทางการศึกษาโดยสถาบันอุดมศึกษาจะไม่
เรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากนักศึกษาพิการตลอดหลักสูตร เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติการจัดการศึกษา
สำหรับคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๑

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ ผู้รับรองต้องมีตำแหน่งในระดับผู้อำนวยการกอง/สำนัก ขึ้นไป

แบบฟอร์มการรายงานผลการตรวจสอบคุณสมบัติสถาบันอุดมศึกษาที่ประสงค์ขอรับเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนักศึกษาพิการ
ประจำภาคเรียนที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๒

มหาวิทยาลัย/สถาบัน.....

ที่	คณะ/สาขาวิชา ที่นิสิตนักศึกษาพิการศึกษาอยู่	การรับทราบ หลักสูตรจาก สกอ. (รับทราบเมื่อวันที่)	ประกาศสภามหาวิทยาลัย เรื่องนโยบายหลักเกณฑ์การรับคนพิการเข้าศึกษา ปี ๒๕๖๒		ผลการรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพ การศึกษา	
			มี	ไม่มี	ผ่าน	ไม่ผ่าน
๑	คณะ..... สาขา.....					
๒	คณะ..... สาขา.....					
๓	คณะ..... สาขา.....					
๔	คณะ..... สาขา.....					
๕	คณะ..... สาขา.....					



ลายมือชื่อผู้ตรวจสอบ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ กรณีที่มีจำนวนคณะ/สาขาวิชามาก ให้ขยายแบบฟอร์มเพิ่มเติมได้

หลักฐานการจ่ายเงินสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิตนักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรีประจำภาคเรียนที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๒

ชื่อสถาบันอุดมศึกษา.....ที่อยู่.....
ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลำดับ ที่	ชื่อ-สกุล นักศึกษาพิการ	คณะ/สาขา/ชั้นปี	จำนวนเงินที่ได้รับ การสนับสนุน (บาท)	ลายมือชื่อนักศึกษาพิการ ผู้รับเงิน	วัน เดือน ปี ที่รับเงิน	หมายเหตุ
รวมเงิน				ตามหนังสือแจ้งการโอนเงินเลขที่.....ลงวันที่.....		

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร).....ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

- คำชี้แจง**
1. ให้นักศึกษาพิการแต่ละคนเป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้รับเงินและวันเดือนปีที่ได้รับเงินด้วยตนเองเท่านั้น โดยให้ระบุวันที่ได้รับจากมหาวิทยาลัย
 2. ผู้จ่ายเงินหมายถึงผู้ที่ดำเนินการเบิกจ่ายเงินให้แก่นักศึกษาพิการ เป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้จ่ายเงิน
 3. กรณีที่มีจำนวนนักศึกษาพิการมาก ให้ขยายแบบฟอร์มเพิ่มเติมได้

(.....)
 ตำแหน่ง.....
 วันที่.....