



ประกาศมหาวิทยาลัยขอนแก่น

(ฉบับที่ 1988/2564)

เรื่อง หลักเกณฑ์ แนวปฏิบัติ และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือกรณีนักศึกษาติดเชื้อไวรัสโคโรนา
สายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19)

.....

ตามที่สภามหาวิทยาลัยขอนแก่นของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ได้แพร่กระจายในพื้นที่ต่าง ๆ อย่างกว้างขวางทั้งภายในและต่างประเทศ และกระทรวงสาธารณสุขได้มีประกาศให้เป็นโรคติดต่ออันตราย และมีการพบผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจำนวนมาก ในสภามหาวิทยาลัยขอนแก่นตระหนักและมีความห่วงใยต่อศึกษามหาวิทยาลัยอย่างมาก ดังนั้น เพื่อเป็นช่องทางการช่วยเหลือ และเยียวยานักศึกษาของมหาวิทยาลัย ในกรณีที่พบการติดเชื้อ หรือกรณีเสียชีวิตจากเชื้อไวรัสโคโรนาดังกล่าว อีกทั้ง เพื่อสร้างขวัญกำลังใจให้กับนักศึกษา และให้ความเชื่อมั่นว่ามหาวิทยาลัยเป็นสถาบันการศึกษาที่มีจิตสำนึก มีความรับผิดชอบต่อบุคลากร นักศึกษา และต่อชุมชน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 37 (1) และ (5) แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2558 และตามความในข้อ 9.4 (1) และข้อ 30 ของข้อบังคับมหาวิทยาลัยขอนแก่น ว่าด้วยการงบประมาณ การเงิน การพัสดุ ทรัพย์สิน และการตรวจสอบ พ.ศ.2559 ประกอบกับมติคณะกรรมการบริหารการคลังและพัสดุ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในการประชุมครั้งที่ 9/2564 เมื่อวันที่ 27 กันยายน 2564 จึงเห็นควรให้ออกประกาศหลักเกณฑ์ แนวปฏิบัติ และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือกรณีนักศึกษาติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ไว้ ดังนี้

ข้อ 1. ประกาศนี้เรียกว่า ประกาศมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับที่ 1988 /2564) เรื่อง หลักเกณฑ์ แนวปฏิบัติ และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือกรณีนักศึกษาติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19)

ข้อ 2 ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 จนถึงวันที่ 30 กันยายน 2565

ข้อ 3 ข้อความในประกาศใดที่ขัดหรือแย้งกับประกาศนี้ ให้ใช้ประกาศนี้แทน

ข้อ 4 ในประกาศนี้

“มหาวิทยาลัย” หมายความว่า มหาวิทยาลัยขอนแก่น

“นักศึกษา” หมายความว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกระดับ
การศึกษา ที่มีสถานภาพเป็นนักศึกษา

“เงินช่วยเหลือ” หมายความว่า เงินที่มหาวิทยาลัยมอบให้นักศึกษากรณีที่ติดเชื้อ หรือมอบให้ทายาทกรณีที่เสียชีวิตอันเนื่องจาก เชื้อไวรัส

“เชื้อไวรัส” หมายความว่า เชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19)

ข้อ 5 ผู้มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือ

5.1 นักศึกษาที่ได้รับการตรวจพิสูจน์ทางห้องปฏิบัติการและพบการติดเชื้อไวรัสหรือ มีใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐ หรือหน่วยงานของรัฐ หรือโรงพยาบาลเอกชนที่เชื่อถือได้ว่าติดเชื้อ ไวรัส มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเป็นค่ารักษาพยาบาล รวมถึงค่าใช้จ่ายในการกักตัวตามที่แพทย์กำหนด ค่ารถพยาบาล ค่ายานอกบัญชีหลัก ค่าธรรมเนียมพิเศษ และหากมีค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากนี้ ให้เสนอต่อคณะกรรมการบริหารการคลังและพัสดุ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อพิจารณาโดยให้เบิกตามที่ยืนยัน จำนวนไม่เกิน 50,000.-บาท (ห้าหมื่นบาทถ้วน)

5.2 นักศึกษาเจ็บป่วยด้วยภาวะโคม่า หรือ ภาวะสมองตายและระบบประสาทล้มเหลว หรือ การเจ็บป่วยระยะสุดท้ายซึ่งเป็นการเจ็บป่วยรุนแรงที่แพทย์ลงความเห็นว่ามีวิธีการรักษาให้หายได้ หรือเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตโดยมีสาเหตุหลักมาจากติดเชื้อไวรัส ให้ทายาทผู้มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือจำนวน 500,000.- บาท (ห้าแสนบาทถ้วน) ซึ่งทายาทดังกล่าวจะต้องเป็นทายาทโดยชอบตามที่กฎหมายกำหนด

ทั้งนี้ การติดเชื้อไวรัสตาม 5.1 และ 5.2 จะต้องไม่เกิดจากความจงใจโดยกระทำการให้ตน ได้รับเชื้อ หรือกระทำการโดยประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงเป็นเหตุให้ตนต้องติดเชื้อไวรัส เช่น ฝ่าฝืน การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อของหน่วยงานของรัฐที่มีอำนาจตามกฎหมายเกี่ยวกับการควบคุม การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส หรือฝ่าฝืนหลักเกณฑ์ตามประกาศของมหาวิทยาลัยเกี่ยวกับมาตรการด้านการ ป้องกันเชื้อไวรัส

ข้อ 6 การขอรับเงินช่วยเหลือ

6.1 ในกรณีที่นักศึกษาติดเชื้อไวรัส ให้นักศึกษาหรือทายาทผู้มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือ หรือผู้ได้รับมอบอำนาจ หรือคนบัตินักศึกษาผู้นั้นสังกัด หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากคนบัตินักศึกษา ยื่นคำขอรับ เงินช่วยเหลือตามแบบคำขอตายประกาศนี้ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวนักศึกษาของผู้ติดเชื้อไวรัส หลักฐานแสดงผลการตรวจพบเชื้อไวรัส และใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลที่ระบุค่าใช้จ่ายอันเนื่องมาจากการรักษา โดยให้ดำเนินการภายใน 90 วัน นับแต่วันที่ตรวจพบการติดเชื้อไวรัส หากพ้นกำหนดระยะเวลาดังกล่าวถือว่า ไม่ประสงค์จะขอรับเงินช่วยเหลือ

6.2 ในกรณีที่นักศึกษาเสียชีวิต ให้ทายาทผู้มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือ หรือผู้ได้รับมอบ อำนาจ ยื่นคำขอรับเงินช่วยเหลือตามแบบคำขอตายประกาศนี้ พร้อมแนบหลักฐานสำเนาบัตรประจำตัว ประชาชนของผู้ยื่นคำขอ สำเนาบัตรประจำตัวนักศึกษาคู่ชีวิต หลักฐานแสดงผลการตรวจพบเชื้อไวรัส สำเนาใบมรณบัตร และใบสำคัญรับเงินของผู้มีสิทธิรับเงิน ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่เสียชีวิตหากไม่ ดำเนินการภายในกำหนดดังกล่าวถือว่าไม่ประสงค์จะขอรับเงินช่วยเหลือ

ข้อ 7 ให้อธิการบดีแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบข้อมูลการขอรับเงินช่วยเหลือประกอบด้วย รองอธิการบดีที่อธิการบดีมอบหมาย เป็นประธาน ผู้อำนวยการกองพัฒนานักศึกษาและศิษย์เก่าสัมพันธ์ ผู้อำนวยการกองคลัง ผู้อำนวยการกองกฎหมาย ผู้แทนจากคณะที่นักศึกษาสังกัด 1 คน เป็นกรรมการ ข้าราชการหรือพนักงานพัฒนานักศึกษาและศิษย์เก่าสัมพันธ์ เป็นกรรมการและเลขานุการ จำนวน 1 คน และเป็นผู้ช่วยเลขานุการ อีกจำนวน 2 คน โดยมีหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลและความถูกต้องของเอกสาร เพื่อเสนอต่ออธิการบดีพิจารณา

ข้อ 8 ในกรณีส่วนงานใดที่มีนักศึกษาซึ่งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสมีความประสงค์จะ กำหนดอัตราเงินช่วยเหลือมากกว่าที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ ส่วนงานสามารถกำหนดเพิ่มเติมได้โดยใช้ เงินรายได้ของส่วนงานจ่ายเพิ่มเติมจากอัตราที่มหาวิทยาลัยกำหนดตามประกาศฉบับนี้ โดยให้เสนอเรื่องต่อ คณะกรรมการบริหารการคลังและพัสดุ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ข้อ 9 การจ่ายเงินช่วยเหลือตามข้อ 5.1 จะจ่ายเฉพาะส่วนที่เกินที่ไม่สามารถใช้สิทธิสวัสดิการ การรักษาพยาบาลข้าราชการหรือลูกจ้าง สิทธิจากกองทุนประกันสังคม สิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ สิทธิจากประกันชีวิต สิทธิจากประกันสุขภาพหรือสิทธิอื่นในลักษณะเดียวกัน

ข้อ 10 ให้อธิการบดีหรือรองอธิการบดีที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้อนุมัติสั่งจ่ายเงินช่วยเหลือตาม อัตราที่กำหนด

ข้อ 11 ให้อธิการบดีรักษาการตามประกาศนี้ และกรณีที่มีปัญหาในทางปฏิบัติหรือการตีความให้อธิการบดีเป็นผู้วินิจฉัยและคำวินิจฉัยของอธิการบดีถือเป็นที่สุด

ประกาศ ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2564



(รองศาสตราจารย์ชาญชัย พานทองวิริยะกุล)
อธิการบดีมหาวิทยาลัยขอนแก่น



แบบขอรับเงินช่วยเหลือกรณีนักศึกษาติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19)
ตามประกาศมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับที่ 1988/2564)

แบบคำขอที่ 1 : กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน ประธานคณะกรรมการตรวจสอบข้อมูลการขอรับเงินช่วยเหลือ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

รหัสประจำตัวนักศึกษา.....นักศึกษาคณะ.....

ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....ถนน.....ตรอก/ซอย.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....e-mail.....

โดยมีทายาทผู้มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจยื่นเรื่องแทน (ถ้ามีโปรดระบุ) คือ

นาย/นาง/นางสาว.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

มีความประสงค์ขอรับเงินช่วยเหลือกรณีนักศึกษาติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ทั้งนี้ได้แนบหลักฐานประกอบการพิจารณาดังนี้
กรณีนักศึกษายื่นด้วยตนเอง

1. ใบรับรองแพทย์หรือหลักฐานการตรวจพิสูจน์ทางห้องปฏิบัติการที่ระบุว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19)
2. ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล ฉบับจริง (กรณีเบิกค่ารักษาพยาบาลซึ่งเป็นส่วนเกินจากสิทธิ)
3. สำเนาบัตรประจำตัวนักศึกษา
4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารของนักศึกษา (สำหรับโอนเงินเข้าบัญชี)

กรณีทายาทผู้มีสิทธิ/ผู้รับมอบอำนาจเป็นผู้ยื่นเอกสาร

1. เอกสารตาม ข้อ 1 – 4 ตามกรณีนักศึกษายื่นด้วยตนเอง
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/เจ้าหน้าที่รัฐ ของผู้ยื่นคำขอ
3. สำเนาหนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้มอบและผู้รับมอบ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เป็นผู้ที่มีสิทธิขอรับเงินช่วยเหลือตามประกาศมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับที่ 1988/2564) เรื่องหลักเกณฑ์ แนวปฏิบัติ และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือกรณีนักศึกษาติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) หากปรากฏว่าข้าพเจ้าไม่มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือดังกล่าว และก่อให้เกิดความเสียหายแก่มหาวิทยาลัยขอนแก่น หรือบุคคลหนึ่งบุคคลใด ข้าพเจ้าขอเป็นผู้รับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ความเห็นของหน่วยกิจการ/พัฒนานักศึกษา คณะที่นักศึกษาสังกัด	ความเห็นของคณบดี/ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากคณบดี
☐ เห็นควรให้ความช่วยเหลือ ☐ ไม่เห็นควรให้ความช่วยเหลือ เนื่องจาก..... (.....)/...../.....	☐ เห็นควรให้ความช่วยเหลือ ☐ ไม่เห็นควรให้ความช่วยเหลือ เนื่องจาก..... (.....)/...../.....



แบบขอรับเงินช่วยเหลือกรณีนักศึกษาติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19)
ตามประกาศมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับที่ 1988/2564)

แบบคำขอที่ 2 : กรณีเจ็บป่วยด้วยภาวะโคมาหรือ ภาวะสมองตายและระบบประสาทล้มเหลวหรือการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย
ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยรุนแรงที่แพทย์ลงความเห็นว่าไม่มีวิธีการรักษาให้หายได้หรือ เสียชีวิตโดยมีสาเหตุหลัก
มาจากติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน ประธานคณะกรรมการตรวจสอบข้อมูลการขอรับเงินช่วยเหลือ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....ถนน.....ตรอก/ซอย.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....
ทายาทที่มีสิทธิตามกฎหมายในฐานะ.....ของนักศึกษาชื่อนาย/นาง/นางสาว.....
รหัสประจำตัวนักศึกษา.....สังกัดคณะ.....มีความประสงค์ขอรับเงินช่วยเหลือ
นักศึกษากรณีเจ็บป่วยด้วยภาวะโคมาหรือ ภาวะสมองตายและระบบประสาทล้มเหลวหรือเจ็บป่วยระยะสุดท้ายซึ่งเป็นการเจ็บป่วยรุนแรง
ที่แพทย์ลงความเห็นว่าไม่มีวิธีการรักษาให้หายได้หรือเสียชีวิตโดยมีสาเหตุหลักมาจาก ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19)
ทั้งนี้ได้แนบหลักฐานประกอบการพิจารณา ดังนี้

1. ใบรับรองแพทย์หรือหลักฐานการตรวจพิสูจน์ทางห้องปฏิบัติการหรือความเห็นแพทย์ที่ระบุว่า นักศึกษาเจ็บป่วยด้วยภาวะโคมาหรือ
ภาวะสมองตายและระบบประสาทล้มเหลวหรือการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายซึ่งเป็นการเจ็บป่วยรุนแรงที่แพทย์ลงความเห็นว่าไม่มี
วิธีการรักษาให้หายได้ (กรณีนักศึกษายังไม่เสียชีวิต) หรือ สำเนาใบมรณบัตรที่ระบุเหตุแห่งการเสียชีวิตว่าเกิดจากการติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) (กรณีนักศึกษาเสียชีวิต)
2. สำเนาบัตรประจำตัวนักศึกษา
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของทายาทตามกฎหมายที่ยื่นคำขอ (กรณีทายาทเป็นผู้ยื่นคำขอ)
4. สำเนาหนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบและผู้รับมอบ (กรณีผู้รับมอบอำนาจจากทายาทเป็นผู้ยื่นคำขอ)
5. สำเนาน้ำสนุบบัญชีธนาคารของทายาทผู้มีสิทธิรับเงินช่วยเหลือตามกฎหมาย (สำหรับโอนเงินเข้าบัญชี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เป็นผู้ที่มีสิทธิขอรับเงินช่วยเหลือตามประกาศมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับที่ 1988/2564) เรื่องหลักเกณฑ์
แนวปฏิบัติ และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือกรณีนักศึกษาติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) หากปรากฏว่าข้าพเจ้าไม่มีสิทธิ
ได้รับเงินช่วยเหลือดังกล่าว และก่อให้เกิดความเสียหายแก่มหาวิทยาลัยขอนแก่น หรือบุคคลหนึ่งบุคคลใด ข้าพเจ้าขอเป็นผู้รับผิดชอบ
ในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ความเห็นของหน่วยกิจการ/พัฒนานักศึกษา คณะที่นักศึกษาสังกัด	ความเห็นของคณบดี/ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากคณบดี
☐ เห็นควรให้ความช่วยเหลือ ☐ ไม่เห็นควรให้ความช่วยเหลือ เนื่องจาก..... (.....)/...../.....	☐ เห็นควรให้ความช่วยเหลือ ☐ ไม่เห็นควรให้ความช่วยเหลือ เนื่องจาก..... (.....)/...../.....