



ใบสมัครขอทุนช่วยเหลือนักศึกษาที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-19

ให้แก่นักศึกษา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

ประจำปีการศึกษา 2564

รูปถ่ายขนาด
1 นิ้ว

วัน เดือน พ.ศ.....

ส่วนที่ 1 : ประวัติผู้สมัครขอรับทุนการศึกษา

1. ข้าพเจ้าย/นางสาว นามสกุล รหัสนักศึกษา
สาขาวิชา คณะ ชั้นปีที่ เกรดเฉลี่ยสะสม

2. ภูมิลำเนาเดิมบ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน
ตำบล อำเภอ จังหวัด โทร.

email address

3. ที่อยู่ปัจจุบัน (ติดต่อได้ขณะกำลังศึกษา)

หอพัก เดือนละ บาท บ้านเช่า เดือนละ บาท อาศัยอยู่กับบิดา - มารดา / ผู้ปกครอง
 อื่นๆ

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน ตำบล
อำเภอ จังหวัด โทร.

4. เคยถูกยึมเงินจากกองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา หรือ ไม่เคยถูกยึมเงินฯ

5. เคยได้รับทุนการศึกษา หรือ ไม่เคยได้รับทุนการศึกษา

ชื่อทุนการศึกษา ประเภท ปีการศึกษา จำนวนเงิน
ชื่อทุนการศึกษา ประเภท ปีการศึกษา จำนวนเงิน

ส่วนที่ 2 : ข้อมูลบิดา-มารดา

4. บิดาข้าพเจ้าชื่อ นามสกุล ถึงแก่กรรม ยังมีชีวิตอยู่ อายุ ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน
ตำบล อำเภอ จังหวัด โทร.

อาชีพ ลักษณะงานของบิดา

รายได้ต่อเดือน บาท สถานที่ทำงาน โทรศัพท์

5. มารดาข้าพเจ้าชื่อ นามสกุล ถึงแก่กรรม ยังมีชีวิตอยู่ อายุ ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน
ตำบล อำเภอ จังหวัด โทรศัพท์

อาชีพ ลักษณะงานของมารดา

รายได้ต่อเดือน บาท สถานที่ทำงาน โทรศัพท์

6. สถานภาพสมรรถของบิดามารดา

- บิดา-มารดาอยู่ด้วยกัน บิดา-มารดาหย่าร้าง(จดทะเบียนหย่า) บิดา-มารดาแยกกันอยู่
 บิดาถึงแก่กรรม มารดาถึงแก่กรรม บิดา-มารดาถึงแก่กรรม
 บิดาขาดการติดต่อ มารดาขาดการติดต่อ บิดา-มารดาขาดการติดต่อ
 ปัจจุบันข้าพเจ้ายังไม่สามารถอุปการะเลี้ยงดูเลขของ

7. การศึกษาและอาชีพของพี่น้อง มีพี่น้อง (รวมตนเอง) คน ผู้ขอทุนเป็นบุตรคนที่ ของครอบครัว

คนที่	ชื่อ-สกุล	อายุ	กำลังศึกษา		ประกอบอาชีพ	รายได้ต่อเดือน
			สถานศึกษา	ระดับชั้น		

ส่วนที่ 3 : ข้อมูลผู้ป่วยคง (กรณีที่บิดาและมารดาหายสาบสูญทั้งคู่หรือไม่ส่งเสียเลี้ยงดูทั้งคู่)

8. ผู้ปกครองข้าพเจ้าชื่อ นามสกุล เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าโดยเป็น
 ที่อยู่บจจุนบ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน
 ตำบล อำเภอ จังหวัด โทร.
 อาชีพ ลักษณะงานของผู้ปกครอง
 รายได้ต่อเดือน รายได้ต่อเดือน โทรศัพท์

ส่วนที่ 4 การทำงานหารายได้พิเศษ

- เคย (ระหว่าง) ไม่เคย

สถานประกอบการ..... หมู่ที่ ตروع/ซอย
ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด
โทร. ค่าตอบแทน บาท/เดือน/อื่นๆ
ชื่อ-นามสกุล (ผู้อ้างอิง) ตำแหน่ง

ส่วนที่ 5 : ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบอันเนื่องมาจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของนักศึกษา

ส่วนที่ 6 : ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารต่าง ๆ เพื่อประกอบการพิจารณาแล้ว ได้แก่

- | | | | |
|--|--------------|---|------|
| <input type="checkbox"/> ใบสมัครขอทุนพร้อมรูปถ่ายของผู้สมัครขอรับทุนการศึกษา | จำนวน | 1 | ชุด |
| <input type="checkbox"/> หนังสือแสดงความคิดเห็นของอาจารย์อาจารย์ที่ปรึกษา | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัครขอรับทุนการศึกษา | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวนักศึกษาของผู้สมัครขอรับทุนการศึกษา | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาใบแสดงผล | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> นักศึกษาชั้นปีที่ 2-5 ให้ใช้ใบแสดงผลการเรียน (มสđ.29) ทุกภาคเรียนจนถึงภาคเรียนที่ 2 / 2563 | | | |
| <input type="checkbox"/> นักศึกษาชั้นปี 1 รหัส 64 ให้ใช้ใบแสดงผลการศึกษาจากสถานศึกษาเดิมทุกภาคเรียน | | | |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของบิดา และมารดา หรือผู้ปกครอง จำนวนอย่างละ 1 ฉบับ
(เฉพาะกรณีที่ผลกระทบนั้นมีความเกี่ยวข้องกับบิดา และมารดา หรือผู้ปกครองของนักศึกษา) | จำนวนอย่างละ | 1 | ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ถ้ามี) สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ/ใบเปลี่ยนนามสกุล/ใบสำคัญการหย่า/ใบมรณบัตร จำนวนอย่างละ 1 ฉบับ | | | |
| <input type="checkbox"/> เอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาว่า นักศึกษาหรือผู้ปกครองได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจจากสถานการณ์ การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19) เช่น ใบรับรองแพทย์ เอกสารหลักฐานการถูกเลิกจ้าง หรือให้หยุดงานโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนของนักศึกษาหรือผู้ปกครองแล้วแต่กรณี หรือเอกสารหลักฐานแสดงการประสบเหตุการณ์อื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจอันก่อให้เกิดปัญหาในการศึกษา | | | |

*****หมายเหตุ*****

1. กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและถูกต้องด้วยลายมือเดียวกันทั้งฉบับ
2. ให้ใช้ปากกาหมึกสีน้ำเงินเท่านั้น ห้ามใช้ปากกาแบบหมึกลบได้
3. สำเนาเอกสารทุกฉบับให้เจ้าของเอกสารลงนามรับรองด้วยตนเองเท่านั้น

ผู้สมัครขอรับทุนการศึกษา..... ลงชื่อ

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ 7 : หนังสือแสดงความคิดเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษา

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง

สาขาวิชา คณะ เบอร์โทรศัพท์

ขอรับรองว่า นาย/นางสาว รหัสนักศึกษา

ได้รับผลกระทบอันเนื่องมาจากการแพร่ ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จริง ความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษา.....

อาจารย์ที่ปรึกษา ลงชื่อ^๑
(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.