



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนุทรชินราช พิษณุโลก
 วันที่ 24 มี.ค. 2566
 เวลา

ที่ พล ๐๐๐๕/ว.๑๕๓๗

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
 จังหวัดพิษณุโลก ศาลากลางจังหวัด
 ถนนวังจันทร์ อ.เมือง พล ๖๕๐๐๐

๒๐ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง การคัดสรรผู้รับทุนพระราชทานโครงการราชประชาสมาสัยเฉลิมพระเกียรติ รายใหม่
 ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนุทรชินราช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงการราชประชาสมาสัยเฉลิมพระเกียรติ จำนวน ๑ ฉบับ
 ๒. แบบเสนอขอรับทุนการศึกษา รกค ๐๑/๑ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดพิษณุโลก ได้รับแจ้งจาก
 มูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ขอความร่วมมือคัดสรรผู้รับทุนพระราชทานโครงการราชประชา
 สมาสัยเฉลิมพระเกียรติ รายใหม่ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖ จำนวน ๑๕ ราย โดยให้การสนับสนุนทุนการศึกษา
 อย่างต่อเนื่องตามความสามารถของผู้รับทุน ซึ่งมีหลักเกณฑ์และคุณสมบัติ ดังนี้

๑. ต้องเป็นนักเรียนนักศึกษาที่ได้รับผลกระทบจากบิดาและมารดาเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ หรือ
 เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ทั้งสองคน อยู่ในภาวะยากลำบาก มีฐานะยากจน เดือดร้อนด้านทุนการศึกษา กำหนดให้
 ครอบครัวละ ๑ คน โดยพิจารณาให้บุตรคนโตที่เรียนชั้นสูงก่อนเป็นอันดับแรก หากมิใช่บุตรคนโตจะพิจารณา
 บุตรคนถัดไปที่สามารถเรียนได้
๒. เป็นเด็กที่อยู่ในวัยการศึกษา ตั้งแต่ระดับชั้นประถมศึกษาศึกษาจนถึงปริญญาตรี
๓. เป็นผู้มีสัญชาติไทย มีสุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ (ไม่เป็นผู้ป่วยโรคเอดส์)
๔. มีหลักฐานรับรองจากโรงพยาบาลเพื่อแสดงว่าบิดาและมารดาเป็นผู้ป่วยเอดส์ หรือติดเชื้อ
 เอช ไอ วี และใบมรณะบัตรของบิดาและหรือมารดาที่เสียชีวิตจากโรคเอดส์

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดพิษณุโลก จึงขอความร่วมมือท่าน
 แจ้งไปยังหน่วยงานในสังกัด เพื่อคัดสรรนักเรียนนักศึกษาที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ตามหลักเกณฑ์

คุณสมบัติตามที่กำหนด และกรอกแบบเสนอขอรับทุนการศึกษา รกค ๐๑/๑ พร้อมด้วยเอกสารหลักฐาน
 คุณสมบัตินักเรียนนักศึกษา บิดามารดา และผู้ปกครอง ส่งให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
 จังหวัดพิษณุโลก ภายในวันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖ เพื่อจะได้รวบรวมส่งให้มูลนิธิราชประชาสมาสัยฯ
 พิจารณาดำเนินการจัดสรรทุนพระราชทานให้แก่ผู้รับทุนในภาคเรียนที่ ๑/๒๕๖๖ ต่อไป รายละเอียดปรากฏ
 ตามเอกสารที่ส่งมาด้วย

เพื่อโปรดพิจารณาผู้เรียนนักศึกษา บิดามารดา และผู้ปกครอง

เพื่อโปรดพิจารณาผู้เรียนนักศึกษา บิดามารดา และผู้ปกครอง

เพื่อโปรดพิจารณาผู้เรียนนักศึกษา บิดามารดา และผู้ปกครอง

เพื่อควรแจ้งฝ่าย

แจ้งผู้ที่เกี่ยวข้อง

นางสาวอศนิ วันชัย

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวอศนิ วันชัย

(นางสาวอศนิ วันชัย)

อาจารย์ รักษาการแทน

(นางอรนุช ชัยชาญ) ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนุทรชินราช
 พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดพิษณุโลก

(นายอภิเชษฐ์ พูลทรัพย์)
 รองผู้อำนวยการฝ่ายอำนวยการ
 กลุ่มการพัฒนาศักยภาพและสวัสดิการ

โทร. / โทรสาร ๐-๕๕๒๔-๖๘๒๗, ๐-๕๕๒๔-๑๐๔๐

พิษณุโลก “มุ่งผลสัมฤทธิ์ มีจิตบริการ ยึดมั่นคุณธรรม ทำงานเป็นทีม”



สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.

แบบเสนอขอรับทุนการศึกษา
โครงการราชประชาสมาสัยเฉลิมพระเกียรติ
มูลนิธิราชประชาสมาสัยฯ



๑. ชื่อ นาย/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง.....นามสกุล.....
วัน/เดือน/ปีเกิด.....เลขที่บัตรประชาชน.....จำนวนพี่น้องทั้งหมด.....คน เป็นบุตรคนที่
๒. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่..... ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....
๓. บิดาชื่อ นาย.....นามสกุล.....สถานภาพปัจจุบัน ยังมีชีวิตอยู่ เสียชีวิต
(ระบุปี.....) อายุ.....ปี ประกอบอาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน
 ดิฉันเชื่อเอคส์ (ระบุปี.....) ไม่ดิฉันเชื่อเอคส์ ที่อยู่เลขที่.....หมู่..... ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด..... โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....
๔. มารดาชื่อ นาง.....นามสกุล.....สถานภาพปัจจุบัน ยังมีชีวิตอยู่ เสียชีวิต
(ระบุปี.....) อายุ.....ปี ประกอบอาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน
 ดิฉันเชื่อเอคส์ (ระบุปี.....) ไม่ดิฉันเชื่อเอคส์ ที่อยู่เลขที่.....หมู่..... ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด..... โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....
๕. ผู้ปกครอง (ถ้าไม่ใช่บิดามารดา) ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....
อายุ.....ปี ความเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับผู้รับทุน.....ประกอบอาชีพ.....
รายได้.....บาท/เดือน โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....
๖. จำนวนสมาชิกในครัวเรือนปัจจุบันทั้งหมดมี.....คน(ไม่รวมบิดา มารดา ผู้ปกครอง)

ที่	ชื่อ - สกุล	อายุ	เกี่ยวข้องเป็น	การศึกษา	อาชีพ	รายได้ต่อเดือน
๑						
๒						
๓						
๔						
๕						
๖						

๗. ผู้ที่ติดต่อได้สะดวก ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....
เกี่ยวข้องเป็น.....ที่อยู่.....
..... โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....

๘. ข้อมูลการศึกษาของผู้รับทุน

๑. กำลังศึกษาอยู่ชั้น.....สถานศึกษา.....สังกัด.....

๒. สถานศึกษาดังอยู่ที่เลขที่.....หมู่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail.....

๙. ข้อมูลการเยี่ยมบ้านของผู้รับทุน (สภาพครอบครัว/ที่อยู่อาศัย/สุขภาพ)

.....
.....

๑๐. การประเมินสภาพปัญหาของผู้รับทุน

มีปัญหา เรื่องค่าใช้จ่ายการศึกษา เช่น ค่าเทอม ค่าหนังสือ และอุปกรณ์การเรียน เป็นต้น

เรื่องค่าใช้จ่ายประจำวัน เช่น ค่าอาหาร ค่าพาหนะ เป็นต้น

สภาพครอบครัว.....

ความประพฤติ.....

ความสนใจในการศึกษาเล่าเรียน.....

สุขภาพของผู้รับทุน.....

ปัญหาอื่นๆ.....

๑๑. หลักฐานที่แนบ

สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง/ผู้รับทุน

สำเนาทะเบียนบ้านผู้ปกครอง/ผู้รับทุน

ใบมรณะบัตรของบิดาและหรือมารดา

ใบรับรองทางการแพทย์ของผู้ติดเชื้อ

ใบรับรองของสถาบันการศึกษา

รายงานผลการเรียนครั้งล่าสุด

รูปถ่ายของผู้รับทุน ขนาด ๒ นิ้ว ๒ รูป

ลงชื่อผู้บันทึกข้อมูล.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

โทรศัพท์.....

E-mail.....

วันที่.....เดือน.....ปี.....

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์จังหวัด

โทรศัพท์.....

E-mail.....

วันที่.....เดือน.....ปี.....

หมายเหตุ เอกสารฉบับนี้เป็นความลับมิให้นำไปเปิดเผยหรืออ้างอิงอันอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสถานภาพส่วนบุคคล
ของผู้รับทุนและครอบครัว