

แบบสารสนเทศเบื้องต้นสำหรับบันทึกเข้าระบบฐานข้อมูลบุคลากรมหาวิทยาลัยขอนแก่น

ได้รับการบรรจุเป็นบุคลากรมหาวิทยาลัยขอนแก่น ประเภท (โปรดเลือก)

- () พนักงานมหาวิทยาลัย () เงินงบประมาณ () เงินรายได้ () พนักงานราชการ
() พนักงานหน่วยงานในกำกับ () ลูกจ้างของมหาวิทยาลัย

*****โปรดกรอกข้อมูลทุกรายการด้วยตัวบรรจงอ่านได้ชัดเจน*****

ข้อมูลพื้นฐาน

1. คำนามหน้าชื่อ / ยศ / ฐานันดร.....ชื่อ.....สกุล.....
ชื่อตัวภาษาอังกฤษ.....ชื่อสกุลภาษาอังกฤษ.....ศาสนา.....
เลขประจำตัวประชาชน วัน เดือน ปีเกิด.....
จังหวัดที่เกิด..... หมู่โลหิต (A) (B) (AB) (O)
2. ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่..... หมู่..... หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... E-mail Address.....

ข้อมูลบุคคลในครอบครัว

1. บิดาชื่อ.....สกุล.....วัน เดือน ปีเกิด.....
เลขประจำตัวประชาชน สถานภาพ () มีชีวิต () ตาย () ลาป่วย
อาชีพ () รับราชการ () รัฐวิสาหกิจ () ผู้รับเหมาหัด () ผู้รับปานาญ () รับจ้าง
() ธุรกิจส่วนตัว () ไม่ทำงาน () อื่นๆ.....
2. มารดาชื่อ.....สกุล.....วัน เดือน ปีเกิด.....
เลขประจำตัวประชาชน สถานภาพ () มีชีวิต () ตาย () ลาป่วย
อาชีพ () รับราชการ () รัฐวิสาหกิจ () ผู้รับเหมาหัด () ผู้รับปานาญ () รับจ้าง
() ธุรกิจส่วนตัว () ไม่ทำงาน () อื่นๆ.....
3. คู่สมรสชื่อ.....สกุล.....วัน เดือน ปีเกิด.....
เลขประจำตัวประชาชน สถานภาพ () มีชีวิต () ตาย () ลาป่วย
อาชีพ () รับราชการ () รัฐวิสาหกิจ () ผู้รับเหมาหัด () ผู้รับปานาญ () รับจ้าง
() ธุรกิจส่วนตัว () ไม่ทำงาน () อื่นๆ.....
- 3.1 บุตรคนที่ 1 ชื่อ.....สกุล.....วัน เดือน ปีเกิด.....
เลขประจำตัวประชาชน สถานภาพ () มีชีวิต () ตาย () ลาป่วย
อาชีพ () รับราชการ () รัฐวิสาหกิจ () รับจ้าง () ธุรกิจส่วนตัว () ศึกษา
() ไม่ศึกษา () ไม่ทำงาน () อื่นๆ.....
- 3.2 บุตรคนที่ 2 ชื่อ.....สกุล.....วัน เดือน ปีเกิด.....
เลขประจำตัวประชาชน สถานภาพ () มีชีวิต () ตาย () ลาป่วย
อาชีพ () รับราชการ () รัฐวิสาหกิจ () รับจ้าง () ธุรกิจส่วนตัว () ศึกษา
() ไม่ศึกษา () ไม่ทำงาน () อื่นๆ.....
- 3.3 บุตรคนที่ 3 ชื่อ.....สกุล.....วัน เดือน ปีเกิด.....
เลขประจำตัวประชาชน สถานภาพ () มีชีวิต () ตาย () ลาป่วย
อาชีพ () รับราชการ () รัฐวิสาหกิจ () รับจ้าง () ธุรกิจส่วนตัว () ศึกษา
() ไม่ศึกษา () ไม่ทำงาน () อื่นๆ.....



วุฒิการศึกษาที่ใช้บรรจุ

ระดับการศึกษา	คุณวุฒิ		สาขาวิชา	สถานศึกษา	จังหวัด	ประเทศ	เกรดเฉลี่ย	วัน เดือน ปี ที่จบ
	ชื่อเต็มคุณวุฒิ	ชื่อย่อคุณวุฒิ						
ต่ำกว่าปริญญาตรี								
ปริญญาตรี								
ปริญญาโท								
ปริญญาเอก								

ขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้ไว้เป็นจริง

(ลงชื่อ).....

(.....)

เจ้าของประวัติ

วันที่...../...../.....



แบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน

ข้อมูลนายจ้าง		สำหรับเจ้าหน้าที่	
ชื่อสถานประกอบการ <u>มหาวิทยาลัยขอนแก่น</u>		เลขที่บัตรประกันสังคม <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
เลขที่บัญชี <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
ลำดับที่สาขา <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
วันที่ผู้ประกันตนเข้าทำงาน.....			
ประเภทการจ้าง <input type="checkbox"/> รายวัน <input type="checkbox"/> รายเดือน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....			
ข้อมูลผู้ประกันตน			
1. ชื่อ <input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นางสาว <input type="checkbox"/> นาง..... ชื่อสกุล.....		<input type="text"/> <input type="text"/>	
2. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง		<input type="text"/>	
3. สัญชาติ.....		<input type="text"/>	
4. เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
5. เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/>	
6. สถานภาพครอบครัว		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1. โสด <input type="checkbox"/> 2. สมรส <input type="checkbox"/> 3. หม้าย <input type="checkbox"/> 4. หย่า <input type="checkbox"/> 5. แยกกันอยู่		<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> ไม่มีบุตร <input type="checkbox"/> มีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี จำนวน.....คน ลำดับที่ 1 เกิดปี พ.ศ. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/>	
		<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> ลำดับที่ 2 เกิดปี พ.ศ. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/>	
7. สำหรับคนต่างด้าว ให้กรอกข้อความ ดังนี้		<u>เอกสารที่แนบ</u>	
<input type="checkbox"/> ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว เลขที่.....		<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	
<input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง (PASSPORT) เลขที่.....		<input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน	
<input type="checkbox"/> ใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว (WORK PERMIT) เลขที่.....		<input type="checkbox"/> สำเนาใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว	
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....		<input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือเดินทาง	
		<input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว	
		<input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้น ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ			
ลงชื่อ.....นายจ้าง			
(.....)			
วันที่.....			
ข้อมูลการเลือกสถานพยาบาล			
8. ขอเลือกสถานพยาบาลประกันสังคม.....(ผู้ประกันตนเป็นผู้เลือกสถานพยาบาล)			
หากไม่สามารถจัดสถานพยาบาลที่เลือกให้ได้ ขอเลือกสถานพยาบาลสำรองคือ			
ลำดับที่ 1 ชื่อ.....		หรือ	
ลำดับที่ 2 ชื่อ.....			
ลงชื่อ.....ผู้ประกันตน			
(.....)			
วันที่.....			
		(ผู้รับแบบ)	
		วันที่.....	

- คำแนะนํา
- ผู้ลงชื่อรับรองข้อมูลผู้ประกันตนเป็นผู้มีอำนาจกระทำการผูกพันบริษัทหรือผู้ได้รับมอบอำนาจ
 - การแจ้งขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนต่อสำนักงานประกันสังคมให้แจ้ง ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่รับลูกจ้างเข้าทำงาน มิฉะนั้นจะมีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
 - เมื่อข้อเท็จจริงที่แจ้งไว้เปลี่ยนแปลง ให้แจ้งเป็นหนังสือต่อสำนักงานประกันสังคมภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลง ถ้าแจ้งข้อเท็จจริงไม่ถูกต้องจะมีผลต่อสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับตามกฎหมาย
 - การยื่นแบบโดยแจ้งรายชื่อบุคคลอื่นซึ่งไม่ใช่ลูกจ้างขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ



สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

แบบขอบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

สปส. 9-02

เลขที่รับ.....	ผู้รับ
วันที่.....	เวลา.....
ลงชื่อ.....	

1. รายละเอียดผู้ประกันตน

1.1 ข้าพเจ้า นาย นางสาว นาม ชื่อสกุล

เลขประจำตัวประชาชน เกิด วันที่ เดือน พ.ศ.

(สำหรับคนต่างตัวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม)

1.2 ปัจจุบันทำงานกับสถานประกอบการชื่อ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เลขที่บัญชี ลำดับที่สาขา

เข้างานเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ได้รับค่าจ้างงวดสุดท้ายเมื่อเดือน พ.ศ.

2. สำหรับผู้ที่ยังไม่ได้เลือกสถานพยาบาล

ข้าพเจ้าขอเลือกสถานพยาบาลชื่อ

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

หากไม่สามารถจัดสถานพยาบาลที่เลือกให้ได้ ขอเลือกสถานพยาบาลสำรอง คือ

- สถานพยาบาลสำรอง อันดับ 1 ชื่อ หรือ

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

- สถานพยาบาลสำรอง อันดับ 2 ชื่อ

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

4. การรับบัตร

- ขอให้ส่งบัตรตามที่อยู่ของสถานประกอบการ
- ขอรับบัตรด้วยตนเอง

3. สำหรับผู้ที่ต้องการเปลี่ยน / แก้ไขบัตร

ปัจจุบันข้าพเจ้าใช้สิทธิที่สถานพยาบาลชื่อ

3.1 ขอเปลี่ยนสถานพยาบาลใหม่ชื่อ

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

เหตุผล เปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี

ไม่สะดวกไปใช้สิทธิที่สถานพยาบาลเดิม เนื่องจาก

ย้ายที่อยู่ เปลี่ยนสถานที่ทำงาน

อื่น ๆ (ระบุ)

เอกสารที่แนบ บัตรฉบับเดิม หลักฐานการย้ายที่อยู่

อื่น ๆ (ระบุ)

3.2 ขอแก้ไขบัตรเนื่องจาก

เปลี่ยนชื่อ-ชื่อสกุล

ชื่อ-ชื่อสกุลเดิม

บัตรเก่าชำรุดเสียหายหรือบัตรสูญหาย

อื่น ๆ (ระบุ)

เอกสารที่แนบ บัตรรับรองสิทธิ ฉบับเดิม

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ หรือชื่อสกุล

ขณะที่ข้าพเจ้าเลือกสถานพยาบาลข้าพเจ้าไม่ได้นอนพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลใด ๆ และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ประกันตน

(.....)

ลงวันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ ผู้รับบัตร

(.....)

ลงวันที่ เดือน พ.ศ.

สำหรับเจ้าหน้าที่

เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ

ไม่เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ ระบุเหตุผล

.....

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่

(.....)

ลงวันที่ เดือน พ.ศ.