



48/4 อาคารทีดีทีไอทาวเวอร์ ชั้น 1
ถนนสาทรเหนือ เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500
โทร.02-633-7501-7 Fax.638-0554

รูปถ่าย

มูลนิธิทีดีทีไอ เพื่อการกุศล แบบฟอร์มขอรับทุน ประเภททุนรักษาพยาบาล

กับทางโรงพยาบาล

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

- ชื่อและนามสกุล _____ อายุ _____ ปี (“ผู้ขอทุน”)
วัน-เดือน-ปีเกิด _____ บัตรประชาชนเลขที่ _____ ระดับการศึกษา _____
- ที่อยู่ปัจจุบัน _____ โทรศัพท์ _____
Email _____
- อาชีพ _____ ตำแหน่ง _____ รายได้ _____ บาท /วัน/เดือน)
สถานที่ทำงาน _____
- สภาพที่อยู่ปัจจุบัน บ้านพร้อมที่ดินของตนเอง บ้านของตนเองแต่ที่ดินเช่า บ้านของญาติ
 บ้านเช่า, ห้องเช่า, หอพัก ค่าเช่าเดือนละ _____ บาท
 อื่น ๆ _____
- สถานภาพ โสด สมรส แยกกันอยู่
 หย่า หม้าย
- ผู้ขอทุนมีบุตรจำนวน _____ คน โดยกำลังศึกษาอยู่ _____ คน ทำงาน _____ คน ดังต่อไปนี้

ลำดับที่	เพศ	ชื่อ/นามสกุล	อายุ	ชั้นการศึกษา / สถานศึกษา (กรณีกำลังศึกษาอยู่)	อาชีพ / สถานที่ทำงาน (กรณีทำงานแล้ว)

- ชื่อและนามสกุล (คู่สมรส) _____ อายุ _____ ปี
อาชีพ _____ สถานที่ทำงาน _____
รายได้ _____ โทรศัพท์ _____
- ผู้ขอทุนป่วยด้วยโรค _____ ตั้งแต่วันที่ _____
ขอรับทุนเป็นเงิน _____ บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับ _____
เหตุผลที่ขอรับทุนเนื่องจาก _____
- โรงพยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือหรือให้ทุนแก่ผู้ขอทุนได้ ดังนี้ _____
- ผู้ขอทุน/หรือญาติ สามารถช่วยสมทบหรือให้ทุนได้เป็นจำนวนเงิน _____ บาท

11. เอกสารประกอบการขอรับทุน

- รูปถ่ายผู้ขอทุนและที่อยู่อาศัย สำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน หนังสือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล
- หนังสือรับรองจากแพทย์ที่วินิจฉัยโรค ใบเสนอราคาค่าอุปกรณ์ที่ผู้ขอทุนต้องใช้
- หนังสือส่งตัวจากโรงพยาบาล โดยมีความเห็นของนักสังคมสงเคราะห์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาล

12. ความเห็นของนักสังคมสงเคราะห์

ลงชื่อ _____ นักสังคมสงเคราะห์
(.....)

13. ความเห็นของแพทย์

ลงชื่อ _____ แพทย์
(.....)

14. คำรับรองเพิ่มเติมของผู้ขอทุน

14.1 กรณีที่ผู้ขอทุนมีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของตน หรือบุคคลอื่น (“ข้อมูลส่วนบุคคล”) เพื่อการสมัครขอทุนนี้ให้แก่มูลนิธิสโกลี เพื่อการกุศล (ซึ่งต่อไปในแบบฟอร์มนี้จะเรียกว่า “มูลนิธิ”) ทราบเพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ขอทุนตกลงดำเนินการและให้คำรับรองดังต่อไปนี้

(1) ผู้ขอทุนมีสิทธิโดยชอบด้วยกฎหมายที่จะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลให้แก่ มูลนิธิฯ เพื่อให้มูลนิธิฯ สามารถเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลนั้นให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการให้ทุน หรือเพื่อวัตถุประสงค์อื่นใด ตามรายละเอียดประกาศความเป็นส่วนตัวของมูลนิธิฯ เพิ่มเติม บนเว็บไซต์ของมูลนิธิฯ (www.tiscofoundation.org/pdpa2022/pdpa_privacy_notice_tiscof.pdf) โดยในกรณีที่ผู้ขอทุนได้ให้ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นแก่มูลนิธิฯ ผู้ขอทุนจะต้องแจ้งให้บุคคลดังกล่าวทราบถึงรายละเอียดตามประกาศความเป็นส่วนตัวของมูลนิธิฯ ด้วย

(2) ในกรณีที่กฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลกำหนดให้การเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ต้องได้รับความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ขอทุนจะดำเนินการใดๆ เพื่อให้ได้รับความยินยอมโดยชอบด้วยกฎหมายจากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลก่อนเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลให้แก่มูลนิธิฯ

(3) ผู้ขอทุนตกลงให้ความร่วมมือ ความช่วยเหลือตามสมควรแก่มูลนิธิฯ และปฏิบัติตามคำแนะนำใดๆ อันชอบด้วยกฎหมายของมูลนิธิฯ เพื่อเอื้ออำนวยให้มูลนิธิฯ ผู้บริจาค หรือบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้ทุนนี้ สามารถปฏิบัติตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลได้ครบถ้วนทุกประการด้วย

(4) ผู้ขอทุนได้ปฏิบัติตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลในส่วนที่เกี่ยวข้องครบถ้วนแล้ว

14.2 ผู้ขอทุนตกลงและรับทราบว่า ทางมูลนิธิฯ จะเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลไว้ได้เท่าที่จำเป็นตลอดระยะเวลาที่มีนิติสัมพันธ์ใดๆ ในการให้ทุน และจะเก็บรวบรวมต่อไปอีกเป็นระยะเวลา 10 ปี นับแต่สิ้นสุดนิติสัมพันธ์ระหว่างผู้ขอทุน และ/หรือเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล กับมูลนิธิฯ เพื่อใช้เป็นพยานหลักฐานตามอายุความสูงสุดตามกฎหมาย และ/หรือเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการประมวลผล และการจัดเก็บข้อมูลส่วนบุคคลนั้นๆ

15. อื่น ๆ

15.1 ในกรณีที่ตัวแทน หรือหน่วยงานผู้ดูแลผู้ขอทุน เป็นตัวแทนในการยื่นขอรับทุน หรือยื่นแบบฟอร์มหรือเอกสารอื่นใดซึ่งใช้ในการขอรับทุน แทนผู้ขอทุนนั้น ตัวแทนตกลงและยอมรับว่า ตนมีหน้าที่จะต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขการขอรับทุนตามแบบฟอร์มฉบับนี้ และระเบียบการขอรับทุน ประเภททุนรักษาพยาบาล (ถ้ามี) เช่นเดียวกับผู้ขอทุนทุกประการ รวมถึงดำเนินการแจ้งให้ผู้ขอทุนปฏิบัติตามเงื่อนไขการขอรับทุนตามแบบฟอร์ม ฉบับนี้ และระเบียบการขอรับทุนประเภททุนรักษาพยาบาล (ถ้ามี) ให้ครบถ้วน

15.2 มูลนิธิ ขอสงวนสิทธิ์ในการแก้ไข เปลี่ยนแปลง หรือยกเลิกเงื่อนไขการขอรับทุนตามแบบฟอร์มฉบับนี้ และระเบียบการขอรับทุนประเภท ทุนรักษาพยาบาล (ถ้ามี) โดยมูลนิธิ จะแจ้งให้ผู้ขอทุนทราบถึงการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวผ่านเว็บไซต์ของมูลนิธิ และ/หรือด้วยช่องทาง หรือ วิธีการอื่นใดตามที่มูลนิธิ เห็นสมควร โดยตัวแทน หรือผู้ขอทุนตกลงและยอมรับเงื่อนไขการขอรับทุนตามแบบฟอร์มฉบับนี้ และระเบียบการขอรับ ทุนประเภททุนรักษาพยาบาล ที่มีการแก้ไข เปลี่ยนแปลง หรือยกเลิกนั้นด้วย

15.3 ในกรณีที่ผู้ขอทุนส่งเอกสารไม่ครบถ้วน หรือไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขการขอรับทุนตามแบบฟอร์มฉบับนี้ และระเบียบการขอรับทุนประเภท ทุนรักษาพยาบาล (ถ้ามี) ไม่ว่าข้อหนึ่งข้อใด มูลนิธิ จะพิจารณาตัดสิทธิ์ในการให้ทุนประเภททุนรักษาพยาบาลนี้ทันที โดยผู้ขอทุนตกลงให้ดูย พินิจของมูลนิธิ ถือเป็นที่สุด

สำหรับเจ้าหน้าที่มูลนิธิสีกักเพื่อการกุศล

16. ข้อมูลเพิ่มเติม

ลงชื่อ _____ ผู้สัมภาษณ์

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

สำหรับผู้ขอทุน

ข้าพเจ้าในฐานะผู้ขอทุน ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าได้อ่านและรับทราบเงื่อนไขในการขอรับทุนตามแบบฟอร์มฉบับนี้ และตามระเบียบการ ขอรับทุนประเภททุนรักษาพยาบาล ของมูลนิธิ รวมถึงรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของ มูลนิธิ ประกาศความเป็นส่วนตัวบนเว็บไซต์ของมูลนิธิ (www.tiscofoundation.org/pdpa2022/pdpa_privacy_notice_tiscof.pdf) แล้ว และขอรับ รองว่าข้อมูลทั้งหมดที่ได้ให้ไว้ในแบบฟอร์มนี้ เป็นความจริงทุกประการ โดยข้อมูลทั้งหมดจะมีผลต่อการพิจารณาให้ทุนของมูลนิธิ

ลงชื่อ _____ ผู้ขอทุน

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

สำหรับตัวแทน หรือหน่วยงานผู้ดูแลผู้ขอทุน

คำรับรองในส่วนนี้ สำหรับกรณีที่ตัวแทน หรือหน่วยงานผู้ดูแลผู้ขอทุน เป็นตัวแทนในการยื่นขอรับทุน หรือยื่นแบบฟอร์มหรือ เอกสารอื่นใดซึ่งใช้ในการขอรับทุนแทนผู้ขอทุน

ข้าพเจ้าในฐานะตัวแทนในการยื่นขอรับทุน หรือยื่นแบบฟอร์มหรือเอกสารอื่นใดซึ่งใช้ในการขอรับทุนแทนผู้ขอทุน ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าได้อ่านและรับทราบเงื่อนไขในการขอรับทุนตามแบบฟอร์มฉบับนี้ และตามระเบียบการขอรับทุนประเภททุนรักษาพยาบาล ของมูลนิธิ รวมถึงรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของมูลนิธิ ประกาศความเป็นส่วนตัว บนเว็บไซต์ของมูลนิธิ (www.tiscofoundation.org/pdpa2022/pdpa_privacy_notice_tiscof.pdf) แล้ว และขอรับรองว่า ข้อมูลทั้งหมดที่ได้ให้ ไว้ในแบบฟอร์มนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ _____ ตัวแทนของผู้ขอทุน

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

มูลนิธิทีสโก้ เพื่อการกุศล

48/4 อาคารทีสโก้ทาวเวอร์ ชั้น 1 ถนนสาทรเหนือ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500



หนังสือยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้ใช้อำนาจปกครองเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับการขอทุนประเภททุนรักษาพยาบาล และทุนประกอบอาชีพ

เลขที่หนังสือยินยอม...../.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาวนามสกุล

เลขประจำตัวประชาชน ซึ่งออกให้โดย.....วันที่ออกบัตร.....วันหมดอายุ

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

คู่สมรสชื่อ นาย/นาง/นางสาวนามสกุล

เลขประจำตัวประชาชน ซึ่งออกให้โดย.....วันที่ออกบัตร.....วันหมดอายุ

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

ในฐานะผู้ใช้อำนาจปกครอง คือ ผู้ปกครอง /ผู้อนุบาล /ผู้พิทักษ์ (แล้วแต่กรณี) (ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “ผู้ใช้อำนาจปกครอง”) ซึ่งมีอำนาจกระทำการแทน

อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน..... (“เจ้าของข้อมูล”) ซึ่งเป็นผู้เยาว์ ที่มีอายุต่ำกว่า 10 ปี / บุคคลไร้ความสามารถ /บุคคลเสมือนไร้ความสามารถ (แล้วแต่กรณี)

ขอให้ความยินยอมมูลนิธิทีสโก้ เพื่อการกุศล (“มูลนิธิ”) ในการเก็บรวบรวม ใช้ ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ หรือทุพพลภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว (Sensitive Data) ของเจ้าของข้อมูล เพื่อวัตถุประสงค์ในการพิจารณาอนุมัติการให้ทุนประเภททุนรักษาพยาบาล หรือ ทุนประกอบอาชีพแก่เจ้าของข้อมูล และ/หรือใช้เพื่อการโฆษณา หรือประชาสัมพันธ์กิจกรรมการให้ทุนต่าง ๆ รวมถึงการจัดทำสื่อ เพื่อวัตถุประสงค์ในการให้ทุนดังกล่าว ผ่านช่องทาง Facebook และ Website ของมูลนิธิ และ/หรือเพื่อปรับปรุง และพัฒนาการดำเนินงานใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของมูลนิธิ

โดยมูลนิธิจะเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าของข้อมูลไว้เท่าที่จำเป็น ตลอดระยะเวลาที่เจ้าของข้อมูลมีตัวตนใด ๆ ในการขอทุนกับทางมูลนิธิ และจะเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลต่อไปอีกเป็นระยะเวลาไม่เกิน 10 ปี นับแต่สิ้นสุดนิติสัมพันธ์ระหว่างเจ้าของข้อมูลกับมูลนิธิ โดยมูลนิธิจะทำการลบหรือทำลายข้อมูลของเจ้าของข้อมูล เมื่อครบระยะเวลาตามแนวนโยบายของมูลนิธิ

สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ใช้อำนาจปกครอง มูลนิธิจะเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ใช้อำนาจปกครองไว้เท่าที่จำเป็น ตลอดระยะเวลาที่เจ้าของข้อมูลมีตัวตนใด ๆ ในการขอทุนกับทางมูลนิธิ และ/หรือเจ้าของข้อมูลยังไม่พ้นเกณฑ์ความสามารถซึ่งอาจให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลได้ด้วยตนเอง ตามที่ พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลฯ กำหนด โดยมูลนิธิจะทำการลบหรือทำลายข้อมูลของผู้ใช้อำนาจปกครอง เมื่อครบระยะเวลาตามแนวนโยบายของมูลนิธิ

มูลนิธิทีสโก้ เพื่อการกุศล

48/4 อาคารทีสโก้ทาวเวอร์ ชั้น 1 ถนนสาทรเหนือ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500



ทั้งนี้ ท่านสามารถศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของมูลนิธิฯ และบุคคลที่เกี่ยวข้องตามหนังสือฉบับนี้เพิ่มเติม ได้ตามประกาศความเป็นส่วนตัวบนเว็บไซต์ของมูลนิธิฯ www.tiscofoundation.org/pdpa2022/pdpa_privacy_notice_tiscof.pdf และ/หรือช่องทางอื่นใดที่มูลนิธิฯ กำหนด ในกรณีที่ท่านได้ให้ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นแก่มูลนิธิฯ ท่านจะต้องแจ้งให้บุคคลดังกล่าวทราบถึงรายละเอียดตามประกาศความเป็นส่วนตัวของมูลนิธิฯ ด้วย

หากผู้ใช้อำนาจปกครองมีความประสงค์จะเพิกถอนความยินยอมนี้ โดยการใช้สิทธิดำเนินการถอนความยินยอมแทนเจ้าของข้อมูล ตามพ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลฯ สามารถติดต่อ มูลนิธิฯ ได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ 0-2633-7501-7 ในวันทำการ (วันจันทร์ - วันศุกร์ เวลา 08.30 - 17.00 น. เว้นวันเสาร์ อาทิตย์ และวันหยุดประจำปีธนาคาร)

หมายเหตุ : การเพิกถอนความยินยอมของผู้ใช้อำนาจปกครอง อาจส่งผลกระทบต่อเจ้าของข้อมูลในการสมัครขอรับทุน หรือทำให้เจ้าของข้อมูลไม่ได้รับอนุมัติทุน หรือประโยชน์อื่นใดที่อาจได้รับจากการดังกล่าว หรือตามวัตถุประสงค์ในการให้ข้อมูล หรือสิทธิประโยชน์ในด้านอื่น ๆ หรือไม่ได้รับข้อมูลอันเป็นประโยชน์ ภายหลังการเพิกถอนความยินยอม ทั้งนี้ การเพิกถอนความยินยอมดังกล่าว จะไม่ส่งผลกระทบต่อการใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าของข้อมูลที่ใช้ใช้อำนาจปกครองได้ให้ความยินยอมไปแล้วโดยชอบก่อนการถอนความยินยอมดังกล่าว และ/หรือต่อคนที่มูลนิธิฯ ได้มีการอนุมัติไปแล้ว

ลงชื่อ ผู้ใช้อำนาจปกครอง
(.....)