

ที่ นศ ๐๐๒๓.๓/วท๕๒



สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
จังหวัดนครศรีธรรมราช
ศาลากลางจังหวัดนครศรีธรรมราช
ถนนราชดำเนิน นศ ๘๐๐๐๐

๒ สิงหาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์การเปิดรับคำขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสพภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

เรียน นายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาประกาศกรมการขนส่งทางบก เรื่อง การขอรับจัดสรรเงินกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสพภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

ด้วยกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก มีกำหนดเปิดรับแบบคำขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสพภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ในระหว่างวันที่ ๑ - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ ทั้งนี้ เฉพาะผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสพภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน โดยสามารถยื่นแบบคำขอตามแบบฟอร์มแนบท้ายประกาศที่ส่งมาด้วยนี้ ได้ที่สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน สำนักมาตรฐานงานทะเบียนและภาษีรถกรมการขนส่งทางบก หรือสำนักงานขนส่งจังหวัดทั่วประเทศ สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ทางโทรศัพท์หมายเลข ๐ ๒๒๗๑ ๘๘๘๘ ต่อ ๒๕๑๑-๒๕๑๕ หรือที่สำนักงานขนส่งจังหวัดนครศรีธรรมราช โทร ๐ ๗๕๓๘ ๘๕๘๓-๔ ต่อ ๓ และ Call Center ๑๕๘๔ หรือทางเว็บไซต์ www.roadsafefund.com และ www.tabienrod.com

เพื่อให้การจัดสรรเงินกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน บรรลุวัตถุประสงค์ จึงขอความร่วมมือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่ทราบ

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายณวัฒน์ ทวีวงศ์)

ผู้อำนวยการกลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น รักษาการแทน
ท้องถิ่นจังหวัดนครศรีธรรมราช

กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น

โทร ๐-๗๕๓๕-๖๓๗๕, ๐-๗๕๓๔-๓๓๑๒ ต่อ ๒๐

โทรสาร ต่อ ๒๕



ประกาศกรมการขนส่งทางบก
เรื่อง การขอรับจัดสรรเงินกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน
เป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

เพื่อให้การจัดสรรเงินกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน สำหรับเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน เป็นไปด้วยความเรียบร้อย ตามวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุน อธิบดีกรมการขนส่งทางบกจึงออกประกาศรับคำขอรับจัดสรรเงินกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ไว้ดังต่อไปนี้

๑. คุณสมบัติของผู้ขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ

(๑) ต้องเป็นผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน

(๒) การจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ ให้พิจารณาจัดสรรแก่ผู้พิการที่ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากกองทุนนี้ หรือไม่เคยได้รับอุปกรณ์ประเภทเดียวกันกับที่ขอรับจัดสรรจากหน่วยงานอื่นมาก่อน หรือเคยได้รับความช่วยเหลือจากกองทุนนี้มาแล้วเกินกว่า ๕ ปี หรือเคยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นมาแล้วเกินกว่า ๓ ปี ทั้งนี้ การนับระยะเวลาดังกล่าว ให้นับตามปีงบประมาณที่ได้รับจัดสรร

(๓) ต้องไม่เคยเป็นผู้ฝ่าฝืนเงื่อนไขของกรมการขนส่งทางบกเกี่ยวกับการจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ

๒. อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการต้องเป็นอุปกรณ์ที่จำหน่ายโดยผู้จำหน่ายที่ขึ้นบัญชีไว้กับกรมการขนส่งทางบกเท่านั้น และเป็นอุปกรณ์ ดังต่อไปนี้

(๑) แขนเทียม

(๒) ขาเทียม

(๓) รถนั่งคนพิการ

(๔) เบาะรองนั่งป้องกันแผลกดทับ

(๕) เตียงนอนแบบธรรมดาพร้อมที่นอนธรรมดา

(๖) ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ

ทั้งนี้ จะพิจารณาจัดสรรให้ตามความเหมาะสมกับสภาพความพิการ และสภาพการใช้งานของผู้พิการเป็นราย ๆ ไป

๓. เอกสารประกอบคำขอ

ผู้ขอรับจัดสรรฯ ต้องยื่นคำขอตามแบบที่แนบท้ายประกาศนี้ พร้อมด้วยหลักฐานดังต่อไปนี้

(๑) ภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชน หรือหลักฐานแสดงตนอื่นใดที่ทางราชการออกให้

(๒) ภาพถ่ายบัตรประจำตัวผู้พิการ(ถ้ามี) โดยอย่างน้อยให้มีรายการดังต่อไปนี้

(ก) ชื่อ ที่อยู่ของผู้พิการ

(ข) วันที่ออกบัตรและวันหมดอายุ

(ค) ประเภทหรือลักษณะความพิการ

(ง) ชื่อผู้ดูแลผู้พิการ (ถ้ามี)

(๓) ภาพถ่ายสำเนาทะเบียนบ้าน

(๔) รูปถ่ายของผู้พิการที่แสดงให้เห็นถึงความพิการอย่างชัดเจนในลักษณะที่แตกต่างกัน

ขนาดไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว และมีอายุไม่เกิน ๖ เดือน อย่างน้อยจำนวน ๓ รูป ในกรณีที่ผู้พิการมีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอยู่แล้ว ให้แนบริปูถ่ายอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่มีอยู่ในปัจจุบัน ขนาดไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว อย่างน้อยจำนวน ๑ รูป มาด้วย

ในกรณีขออุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการเป็นรถนั่งไฟฟ้าสำหรับคนพิการต้องแนบริปูถ่ายสภาพพื้นที่บริเวณที่พักอาศัยหรือบ้านพักโดยรอบ ขนาดไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว อย่างน้อยจำนวน ๒ รูป มาด้วย

(๕) ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐตามแบบที่อธิบดีกรมการขนส่งทางบกกำหนด

(๖) ประวัติทางการแพทย์จากทะเบียนผู้ป่วย (OPD Card) หรือหลักฐานที่ทางราชการออกให้หรือหลักฐานการขอรับหรือได้รับการชดใช้ค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทประกันภัยหรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย ที่สามารถยืนยันหรือบ่งบอกได้ว่าความพิการนั้นเกิดจากอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน

ในกรณีที่หลักฐานตาม (๕) มีการยืนยันหรือระบุโดยแพทย์ไว้อย่างชัดเจนว่าความพิการของผู้ขอรับจัดสรรมีสาเหตุมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ให้ใช้เป็นหลักฐานตาม (๖) ได้ด้วย

๔. ให้ผู้ขอรับจัดสรรเลือกอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการจากคู่มือกำหนดคุณลักษณะอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการของกรมการขนส่งทางบก โดยสามารถดูได้จากเล่มคู่มือฯ ณ สำนักงานที่ยื่นคำขอ หรือดูได้จากเว็บไซต์ www.roadsafefund.com www.tabienrod.com และ www.dlt.go.th ทั้งนี้ อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการดังกล่าวต้องเป็นอุปกรณ์ที่แพทย์ระบุในใบรับรองแพทย์ตามข้อ ๓ (๕) ว่าเหมาะสมกับผู้พิการ

๕. คำขอและวิธีการยื่นคำขอ

ผู้ขอรับจัดสรรต้องลงลายมือชื่อในคำขอและยื่นคำขอด้วยตนเอง ในกรณีที่ผู้ขอรับจัดสรรไม่สามารถลงลายมือชื่อหรือยื่นคำขอด้วยตนเองได้ ให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งดังต่อไปนี้เป็นผู้ยื่นคำขอแทน

(๑) ผู้ดูแลผู้พิการตามที่ระบุไว้ในบัตรประจำตัวผู้พิการ

(๒) ผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองในกรณีที่ผู้พิการเป็นผู้เยาว์ หรือผู้อนุบาลในกรณีที่ผู้พิการเป็นคนไร้ความสามารถ

(๓) บิดา มารดา สามีนีกรรยา พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน หรือพี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน

(๔) บุคคลที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสถานพยาบาลของรัฐที่สูงกว่ารับรองว่าเป็นผู้ดูแลผู้พิการตามความเป็นจริง

ผู้ยื่นคำขอแทนผู้พิการต้องแนบภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอแทน หากผู้ยื่นคำขอแทนเป็นบุคคลตาม (๒) และ (๓) ต้องแนบหลักฐานที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ยื่นคำขอกับผู้พิการเพิ่มเติม และถ้าบุคคลที่ยื่นคำขอแทนเป็นบุคคลตาม (๔) ต้องแนบหนังสือรับรองจากหน่วยงานที่รับรองว่าเป็นผู้ดูแลผู้พิการตามความเป็นจริงเป็นหลักฐานประกอบด้วย

๖. สถานที่ยื่นคำขอและกำหนดเวลายื่นคำขอ

ผู้พิการที่ประสงค์ขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการให้ยื่นคำขอได้ที่ สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน สำนักมาตรฐานงานทะเบียนและภาษีรถ กรมการขนส่งทางบก หรือที่สำนักงานขนส่งจังหวัด ที่ใดที่หนึ่งที่สามารถเดินทางไปติดต่อได้สะดวก ระหว่างวันที่ ๑ - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ ในวัน และเวลาราชการ

๗. เกณฑ์การพิจารณาจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ

การจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน จะพิจารณาจัดสรรแก่ผู้พิการที่ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากกองทุนนี้ หรือไม่เคยได้รับอุปกรณ์ประเภทเดียวกันกับที่ขอรับจัดสรรจากหน่วยงานอื่นมาก่อน หรือเคยได้รับความช่วยเหลือจากกองทุนนี้มาแล้วเกินกว่า ๕ ปี หรือเคยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นมาแล้วเกินกว่า ๓ ปี โดยการพิจารณาจัดสรรจะเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

- (๑) การเป็นผู้ใช้รถใช้ถนนโดยถูกต้อง
- (๒) ลักษณะหรือสภาพความพิการ
- (๓) ความจำเป็นที่ต้องมีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ
- (๔) ประโยชน์จากการนำอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการไปใช้
- (๕) ความเหมาะสมของอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ขอรับจัดสรร
- (๖) กรณีอื่นตามที่คณะอนุกรรมการกำหนด

๘. การอนุมัติเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ

เมื่อคณะอนุกรรมการมีมติประกาศรายชื่อผู้ได้รับจัดสรรให้ถือเป็นที่สุด และสำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนจะมีหนังสือแจ้งผู้ได้รับจัดสรรทราบภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันอนุมัติ และจะแจ้งวงเงินที่ได้รับอนุมัติ รวมทั้งรหัสอุปกรณ์ตามคู่มือกำหนดคุณลักษณะอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการของกรมการขนส่งทางบก พร้อมรายชื่อผู้จำหน่ายอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการให้ผู้ได้รับจัดสรรทราบด้วย เพื่อให้ผู้ได้รับจัดสรรเลือกผู้จำหน่ายอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการตามที่ได้รับแจ้ง

เมื่อผู้ได้รับจัดสรรได้ดำเนินการจัดซื้อหรือจัดจ้างทำอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการแล้ว ให้แจ้งสำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน หรือสำนักงานขนส่งจังหวัดที่ยื่นคำขอ ภายใน ๖๐ วัน นับแต่วันได้รับหนังสือแจ้งมติอนุมัติเพื่อกำหนด วัน เวลา และสถานที่รับเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการต่อไป

๙. การจ่ายเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการให้จ่ายเป็นเงินสด หรือเช็ค ตามจำนวนเงินที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินวงเงินที่ได้รับอนุมัติ โดยผู้ได้รับจัดสรรต้องนำใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี หรือหลักฐานการแจ้งหนี้พร้อมอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ได้รับอนุมัติให้จัดซื้อหรือจัดจ้างมาแสดงต่อคณะอนุกรรมการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากคณะอนุกรรมการภายใน ๑๒๐ วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งอนุมัติ

๑๐. เงื่อนไขที่ผู้ได้รับจัดสรรต้องดำเนินการ หากไม่ดำเนินการภายในเวลาที่กำหนดจะถือว่าการอนุมัติจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการเป็นอันสิ้นสุด

(๑) ต้องติดต่อสำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน สำนักงานมาตรฐานงานทะเบียนและภาษีรถ หรือสำนักงานขนส่งจังหวัดที่ยื่นคำขอ ภายใน ๖๐ วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งอนุมัติ

(๒) ต้องยินยอมและให้ความร่วมมือคณะกรรมการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเข้าไปตรวจสอบ หรือตรวจติดตามการจัดซื้อจัดจ้างอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการตามที่ได้รับอนุมัติ

(๓) ต้องนำใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษีหรือหลักฐานการแจ้งหนี้ พร้อมอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ได้รับอนุมัติ ให้จัดซื้อจัดจ้างไปแสดงต่อคณะกรรมการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย ภายใน ๑๒๐ วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งอนุมัติ

ทั้งนี้ หากในกรณีเป็นผู้ได้รับจัดสรรเงินเป็นค่าที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ ให้ยกเว้นการดำเนินการในข้อ ๘ - ๑๐ โดยสำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนจะมีหนังสือแจ้งผู้ได้รับจัดสรรทราบภายใน ๓๐ วัน โดยจะดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างตามระเบียบแบบแผนของทางราชการ และจะให้ผู้รับจ้างจัดส่งที่นอนให้กับผู้ได้รับจัดสรรภายใน ๑๒๐ วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งอนุมัติ

๑๑. ภายในกำหนดระยะเวลา ๕ ปี ห้ามผู้ได้รับจัดสรรนำอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ได้รับอนุมัติ ไปจำหน่าย จ่าย แจกหรือให้บุคคลอื่น ในกรณีที่พบว่าผู้ได้รับจัดสรรนำอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการไปจำหน่าย จ่าย แจกหรือให้บุคคลอื่น ให้สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนเรียกอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการดังกล่าวคืน และตัดสิทธิ์ที่จะขอรับจัดสรรใหม่

ในกรณีที่สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน สำนักงานมาตรฐานงานทะเบียนและภาษีรถ เรียกอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการคืนตามวรรคหนึ่งแล้วไม่ได้รับอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการคืน ให้รายงานคณะกรรมการทราบเพื่อพิจารณาดำเนินการตามควรแก่กรณี

๑๒. กรณีมีปัญหาในการปฏิบัติตามประกาศนี้ ให้อธิบดีกรมการขนส่งทางบกเป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาด คำวินิจฉัยดังกล่าวให้ถือเป็นที่สุด

๑๓. วิธีปฏิบัตินอกจากที่กำหนดไว้แล้วในประกาศนี้ ให้ปฏิบัติตามระเบียบแบบแผนของทางราชการโดยอนุโลม

ทั้งนี้ ผู้พิการที่สนใจขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน สำนักงานมาตรฐานงานทะเบียนและภาษีรถ กรมการขนส่งทางบก โทรศัพท์หมายเลข ๐ ๒๒๗๑ ๘๘๘๘ ต่อ ๒๕๑๑-๒๕๑๕ หรือ Call Center ๑๕๘๔ ในวันและเวลาราชการ หรือทางเว็บไซต์ www.roadsafefund.com www.tabienrod.com และ www.dlt.go.th

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๐



(นายสนิท พรหมวงษ์)

อธิบดีกรมการขนส่งทางบก



แบบคำขอ

การขอรับจัดสรรเงินจากกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.)
สำหรับเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสพภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน

ชื่อผู้ขอรับจัดสรร (นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ ปี

เลขประจำตัวประชาชนผู้พิการ

เพศ ชาย หญิง พิการมาแล้ว.....ปี

ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจาก กปถ. มาก่อน

เคยได้รับความช่วยเหลือจาก กปถ. มาแล้วเมื่อวันที่.....เดือน.....ปี.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

อาศัยอยู่กับครอบครัว บ้านตัวเอง บ้านเช่า หอพัก อื่นๆ ระบุ.....

ญาติ หรือบุคคลใกล้ชิดที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ-สกุล.....

เกี่ยวข้องเป็น.....โทรศัพท์.....

๑. ข้อมูลผู้พิการ

สถานภาพ : ก่อนพิการ โสด สมรส หย่าร้าง/หม้าย จำนวนบุตร.....คน

: ปัจจุบัน โสด สมรส หย่าร้าง/หม้าย จำนวนบุตร.....คน

อาชีพ : ก่อนพิการ พนักงาน/ลูกจ้าง รับราชการ เกษตรกร ค้าขาย

รับจ้างทั่วไป อื่น ๆ (ระบุ)..... ไม่มี

: ปัจจุบัน พนักงาน/ลูกจ้าง รับราชการ เกษตรกร ค้าขาย

รับจ้างทั่วไป อื่น ๆ (ระบุ)..... ไม่มี

รายได้ต่อเดือน ไม่รวมเบี้ยผู้สูงอายุ หรือเบี้ยคนพิการ (ถ้ามี)

ก่อนพิการ.....บาท ปัจจุบัน.....บาท

ภาระหน้าที่ในครอบครัว ก่อนพิการ เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว ไม่ได้เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว

ปัจจุบัน เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว ไม่ได้เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว

๒. ข้อมูลเพื่อการขอรับจัดสรร

อธิบายลักษณะของการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งส่งผลให้เกิดความพิการในปัจจุบันโดยละเอียด.....

.....
.....
.....
.....
.....



การได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น

- ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น
- เคยได้รับความช่วยเหลือจาก (ระบุชื่อหน่วยงาน).....
 เมื่อวัน/เดือน/ปี/...../..... อุปกรณ์ที่ได้รับความช่วยเหลือ (ระบุประเภท และลักษณะ
 อุปกรณ์ให้ชัดเจน).....
- ยืม บริจาค อื่น ๆ (ระบุ)

วัตถุประสงค์การใช้ประโยชน์จากอุปกรณ์ที่ขอรับจัดสรร (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ใช้ในการดำรงชีวิตประจำวัน ใช้ในการเดินทางไปประกอบอาชีพ (ระบุอาชีพ).....
- ใช้ในการช่วยเหลือสังคมหรือทำคุณประโยชน์แก่สังคม (ต้องแนบเอกสารหลักฐานประกอบให้ชัดเจน
 เช่น ใบประกาศนียบัตร หนังสือแต่งตั้ง หนังสือชมเชย หรือภาพถ่าย เป็นต้น)

กรณารับหรือบรรยายการใช้ประโยชน์จากอุปกรณ์ที่ขอรับจัดสรร พอสั่งเขป

.....

.....

.....

๓. ข้อมูลอุปกรณ์ที่ขอรับจัดสรร (เลือกอุปกรณ์จากคู่มือกำหนดคุณลักษณะอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการของกรมการขนส่งทางบก)

ขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ ดังนี้

๓.๑ แขนเทียม

- แขนเทียมระดับข้อไหล่
- แขนเทียมระดับเหนือศอก
- แขนเทียมระดับใต้ศอก

๓.๒ ขาเทียม

- ขาเทียมระดับสะโพก
- ขาเทียมระดับเหนือเข่า
- ขาเทียมระดับข้อเข่า
- ขาเทียมระดับใต้เข่า

๓.๓ รถนั่งคนพิการ

- รถนั่งธรรมดา (Manual Wheelchair)
- รถนั่งไฟฟ้า (Power Wheelchair)

๓.๔ เบาะรองนั่งป้องกันแผลกดทับ

๓.๕ เตียงนอนแบบธรรมดาพร้อมที่นอนธรรมดา...

๓.๖ ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ

รหัสอุปกรณ์	สำหรับเจ้าหน้าที่
.....	ราคา.....บาท
.....	ราคา.....บาท
.....	ราคา.....บาท
.....	ราคา.....บาท
.....	ราคา.....บาท
.....	ราคา.....บาท
.....	ราคา.....บาท
.....	ราคา.....บาท
.....	ราคา.....บาท
.....	ราคา.....บาท
.....	ราคา.....บาท
ราคาอุปกรณ์รวมทั้งสิ้นบาท



๔. ข้อมูลของอุปกรณ์ขณะขอรับการจัดสรร

ปัจจุบันท่านมีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอยู่หรือไม่

- ไม่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการประเภทใดอยู่เลย
- ไม่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการประเภทที่ขอรับจัดสรร
- มีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการประเภทที่ขอรับจัดสรร แต่มีสภาพ (ระบุ)
- อื่นๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และเป็นการขอรับการช่วยเหลือในส่วนที่นอกเหนือจากค่าสินไหมทดแทนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.๒๕๓๕ หากเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบตามกฎหมายทุกประการ และเมื่อได้รับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือแล้ว ถ้าข้าพเจ้าไม่นำเงินไปซื้อหรือจ้างทำอุปกรณ์ช่วยเหลือ หรือนำอุปกรณ์ช่วยเหลือไปจำหน่าย จ่าย แจก ให้บุคคลอื่น ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินที่ได้รับ รวมทั้งชดใช้ค่าเสียหายทั้งหมดที่เกิดขึ้นแก่กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนหากไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขดังกล่าว และตัดสิทธิ์ที่จะขอรับจัดสรรใหม่

ลงชื่อ ผู้ขอรับจัดสรร

(.....)

วันที่

หมายเหตุ กรณีที่ผู้พิการไม่สามารถลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือได้ ให้ผู้ยื่นคำขอแทน เป็นผู้ลงลายมือชื่อแทนผู้ขอรับจัดสรร

กรณียื่นคำขอแทนผู้ขอรับจัดสรร

(ยื่นคำขอแทนผู้พิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ คือ มีความพิการระดับ ๔ และ ระดับ ๕ เท่านั้น)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และเป็นการขอรับการช่วยเหลือในส่วนที่นอกเหนือจากค่าสินไหมทดแทนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.๒๕๓๕ หากเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบตามกฎหมายทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำขอแทนผู้ขอรับจัดสรร

(.....)

วันที่.....

กรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นผู้ดูแลผู้พิการตามความเป็นจริง (ไม่ได้เป็นญาติใกล้ชิด หรือผู้แทนโดยชอบธรรม)

(ผู้รับรอง) ได้แก่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสถานพยาบาลของรัฐที่สูงกว่า)

ตามหนังสือรับรองเลขที่.....ลงวันที่.....

ออกโดย :

- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด.....
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....
- สถานพยาบาลของรัฐ.....



แผนที่และสภาพพื้นที่โดยรอบที่พัก(ที่อยู่ผู้พิการ)

แผนที่

สภาพพื้นที่โดยรอบที่พักอาศัยหรือบ้านพัก

.....

(พร้อมรูปถ่ายสภาพแวดล้อม บริเวณที่พักอาศัยหรือบ้านพักโดยรอบ จำนวน ๒ รูป กรณีขอรถนั่งไฟฟ้า)

สำหรับเจ้าหน้าที่

- ผู้ขอรับจัดสรรยื่นแบบคำขอด้วยตนเอง
- ผู้ยื่นคำขอแทนผู้พิการ (ตามระเบียบกรมฯ กรณีผู้พิการไม่สามารถลงลายมือชื่อหรือไม่สามารถยื่นคำขอด้วยตนเอง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ คือ มีความพิการระดับ ๔ หรือระดับ ๕ เท่านั้น)

ชื่อผู้ยื่นคำขอแทน (นาย/นาง/นางสาว).....

ความเกี่ยวข้องกับผู้พิการ ๑. ผู้ดูแลคนพิการตามที่ระบุไว้ในบัตรประจำตัวคนพิการ ๒. ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง/ผู้อนุบาล ๓.ญาติใกล้ชิด (พ่อ /แม่ /สามี /ภรรยา /บุตร /พี่ /น้อง) ๔. ผู้ดูแลผู้พิการตามความเป็นจริง ซึ่งมี นาย/นาง/นางสาว..... เป็นผู้รับรอง

ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผู้พิการ (บันทึกเพิ่มเติมจากการพูดคุยกับผู้ยื่นคำขอ ในการสอบถามข้อมูลที่กรอกในแบบคำขอ และความเห็นเพิ่มเติมของผู้รับคำขอ)

.....

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว..... ตำแหน่ง.....

สำนักงานขนส่งจังหวัด..... ได้ตรวจสอบข้อมูลในแบบคำขอครบถ้วนถูกต้อง

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

เอกสารประกอบการขอรับจัดสรร

- ๑) ภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชน หรือหลักฐานแสดงตนอื่นใดที่ทางราชการออกให้
- ๒) ภาพถ่ายบัตรประจำตัวผู้พิการ (ถ้ามี) โดยอย่างน้อยให้มีรายการ ชื่อ ที่อยู่ของผู้พิการ วันที่ออกบัตรและวันหมดอายุ ประเภทหรือลักษณะความพิการ และชื่อผู้ดูแลผู้พิการ
- ๓) ภาพถ่ายสำเนาทะเบียนบ้าน
- ๔) รูปถ่ายของผู้พิการ
 - รูปถ่ายของผู้พิการที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะความพิการอย่างชัดเจนในลักษณะแตกต่างกันขนาดไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว และมีอายุไม่เกิน ๖ เดือน อย่างน้อยจำนวน ๓ รูป (โดยลักษณะท่าทางไม่ซ้ำกัน)
- ๕) รูปถ่ายแสดงสภาพอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (ถ้ามีอุปกรณ์) ขนาดรูปไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว อย่างน้อยจำนวน ๑ รูป
- ๖) รูปถ่ายสภาพแวดล้อม (บริเวณที่พักอาศัยหรือบ้านพักของผู้พิการ) ขนาดรูปไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว อย่างน้อยจำนวน ๒ รูป
- ๗) ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐตามแบบที่อธิบดีกรมการขนส่งทางบกกำหนด
- ๘) ประวัติทางการแพทย์จากทะเบียนผู้ป่วย (OPD Card) หรือหลักฐานที่ทางราชการออกให้ หรือหลักฐานการขอรับหรือได้รับการชดเช้ค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทประกันภัย หรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยที่สามารถยืนยันหรือบ่งบอกได้ว่าความพิการนั้นเกิดจากอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน ในกรณีที่หลักฐานตาม ๗) มีการยืนยันหรือระบุโดยแพทย์ไว้อย่างชัดเจนว่า ความพิการของผู้ขอรับจัดสรรมีสาเหตุมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ให้ใช้เป็นหลักฐานตาม ๘) ได้ด้วย
- ๙) ใบประกาศนียบัตร หรือหนังสือแต่งตั้ง หรือหนังสือชมเชย หรือภาพถ่าย หรือหลักฐานอื่นๆ ที่สามารถแสดงให้เห็นว่าเป็นผู้ช่วยเหลือสังคม หรือทำคุณประโยชน์แก่สังคม (กรณีใช้ประโยชน์จากอุปกรณ์ที่ขอรับจัดสรรเพื่อการช่วยเหลือสังคม หรือทำคุณประโยชน์แก่สังคม)
- ๑๐) ภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนผู้ยื่นคำขอแทน (กรณียื่นคำขอแทน)
- ๑๑) หลักฐานที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ยื่นคำขอกับผู้พิการ (กรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม/ ผู้ปกครอง/ผู้อนุบาล/บิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร/พี่/น้อง)
- ๑๒) หนังสือรับรองจากหน่วยงานที่รับรองว่าเป็นผู้ดูแลผู้พิการ (กรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นผู้ดูแลตามความเป็นจริง)

หมายเหตุ ๑. ผู้สนใจสามารถเลือกดูอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการจากคู่มือกำหนดคุณลักษณะอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการของกรมการขนส่งทางบก ได้จากสำนักงานที่ยื่นคำขอ หรือเว็บไซต์ www.dlt.go.th, www.roadsafefund.com และ www.tabienrod.com (ที่เมนูคู่มืออุปกรณ์ผู้พิการฯ) และสามารถขอรับแบบคำขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการฯ และจัดส่งแบบคำขอฯได้ที่

- สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก อาคาร ๒ ชั้น ๕ โทร. ๐-๒๒๗๑-๘๘๘๘ ต่อ ๒๕๑๑ - ๒๕๑๕ หรือโทร ๑๕๘๘
- สำนักงานขนส่งจังหวัดทุกจังหวัดทั่วประเทศ โทร. ๑๕๘๘

๒. ภายหลังจากการแจ้งผลได้รับพิจารณาอนุมัติจัดสรรฯ จากคณะอนุกรรมการฯ หากมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงอุปกรณ์ ต้องแจ้งสำนักงานขนส่งจังหวัด หรือ สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนพิจารณาภายใน ๑๕ วัน

๓. หากผู้ได้รับจัดสรรไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขของกรมการขนส่งทางบก ต้องคืนเงินที่ได้รับจัดสรร และหรือชดเช้ค่าเสียหายทั้งหมดที่เกิดขึ้นแก่กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน และยินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

ใบรับรองแพทย์



เฉพาะด้านกายอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการ ประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหว
เพื่อประกอบการขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประณภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน
กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก

สถานที่..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

แพทย์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู

แพทย์ด้านออร์โธปิดิกส์

ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่..... สังกัด.....

ได้ประเมิน(ชื่อ-สกุล)..... เลขประจำตัวประชาชน

ประเภทความพิการ	รายละเอียดลักษณะความพิการ	ระยะเวลาความพิการ
1. การเคลื่อนไหว	<input type="checkbox"/> พิการอ่อนแรงทั้งตัว <input type="checkbox"/> พิการอ่อนแรง ระบุ..... <input type="checkbox"/> พิการแขนขา ระดับ..... <input type="checkbox"/> พิการขาขา ระดับ..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	พิการมาแล้ว จำนวน..... ปี เดือน
2. อื่นๆ (ระบุ).....	

3. สาเหตุความพิการ (แพทย์ระบุโดยละเอียด).....

4. อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับสภาพความพิการ (แพทย์ทำเครื่องหมายในช่อง หน้าอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับผู้พิการ **พร้อมลงลายมือชื่อแพทย์กำกับหลังชื่อประเภทอุปกรณ์นั้นๆ**)

- | | | | |
|---|------------------|---|------------------|
| 4.1 <input type="checkbox"/> แขนเทียมระดับข้อไหล่ | ลงชื่อแพทย์..... | 4.2 <input type="checkbox"/> แขนเทียมระดับเหนือศอก | ลงชื่อแพทย์..... |
| 4.3 <input type="checkbox"/> แขนเทียมระดับใต้ศอก | ลงชื่อแพทย์..... | 4.4 <input type="checkbox"/> ขาเทียมระดับสะโพก | ลงชื่อแพทย์..... |
| 4.5 <input type="checkbox"/> ขาเทียมระดับเหนือเข่า | ลงชื่อแพทย์..... | 4.6 <input type="checkbox"/> ขาเทียมระดับข้อเข่า | ลงชื่อแพทย์..... |
| () มีโรเตเตอร์ () ไม่มีโรเตเตอร์ | | () มีโรเตเตอร์ () ไม่มีโรเตเตอร์ | |
| 4.7 <input type="checkbox"/> ขาเทียมระดับใต้เข่า | ลงชื่อแพทย์..... | 4.8 <input type="checkbox"/> เตียงนอนแบบธรรมดาพร้อมที่นอนธรรมดา | ลงชื่อแพทย์..... |
| 4.9 <input type="checkbox"/> ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ | ลงชื่อแพทย์..... | 4.10 <input type="checkbox"/> เบาะรองนั่งป้องกันแผลกดทับ | ลงชื่อแพทย์..... |
| 4.11 <input type="checkbox"/> รถนั่งธรรมดา (Manual Wheelchair) ต้องระบุข้อมูลในแบบประเมินด้านหลังให้ครบถ้วน | ลงชื่อแพทย์..... | | |
| 4.12 <input type="checkbox"/> รถนั่งไฟฟ้า (Power Wheelchair) ต้องระบุข้อมูลในแบบประเมินด้านหลังให้ครบถ้วน | ลงชื่อแพทย์..... | | |

สรุปการวินิจฉัยโรค (Dx.) ระบุสภาพความพิการโดยละเอียด เป็นภาษาไทย

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตรา

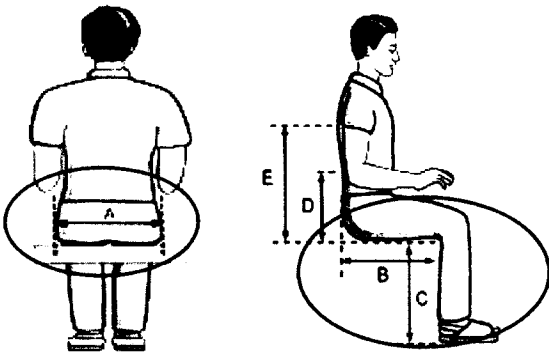
สถานพยาบาลของรัฐ

แบบประเมินเพื่อเลือกรถนั่งคนพิการที่เหมาะสม

สำหรับ (ชื่อ-สกุลคนพิการ).....

1. การวัดขนาดร่างกาย

	การวัดขนาดร่างกาย	ขนาดร่างกาย (ซม.)	การคำนวณขนาดร่างกายไปสู่ขนาดของรถนั่งคนพิการที่เหมาะสม	ขนาดของรถนั่งคนพิการ (ซม.)
A	ความกว้างของสะโพก		ความกว้างของสะโพก = ความกว้างของที่รองนั่ง	
B	ความลึกของที่นั่ง	ชาย	B ลบออก 30 - 50 มม. = ความลึกของที่รองนั่ง	
		ขวา		
C	ความยาวน่อง	ชาย	= จากขอบบนของเบาะรองนั่งถึงขอบหลังของที่วางเท้า หรือ	
		ขวา	= จากขอบบนของเบาะรองนั่งถึงพื้น กรณีคนพิการใช้เท้าเข็นรถ	



2. ลักษณะที่จำเป็นของรถนั่งคนพิการ ที่เหมาะสมสำหรับคนพิการรายนี้

(โปรดระบุ เช่น เปิดที่วางแขนได้ เปิดที่พักเท้าได้ เหยียงแกนที่พักเท้าไปด้านข้างได้ พนักพิงสูง/ต่ำ ปรับเอนพนักพิงได้ ปุ่มควบคุมอยู่ด้านซ้าย/ขวา ปรับย่นได้ เป็นต้น)

.....

.....

.....

.....

(.....) ผู้ประเมิน

..... ตำแหน่ง

...../...../..... (วันที่ประเมิน)

ประทับตรา

สถานพยาบาลของรัฐ