

ที่ นศ ๐๐๒๓.๓/ว ๓๒๓



สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
จังหวัดนครศรีธรรมราช
ศาลากลางจังหวัดนครศรีธรรมราช
ถนนราชดำเนิน นศ ๘๐๐๐๐

๑๙ สิงหาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์การเปิดรับคำขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ อันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘

เรียน นายกเทศมนตรีนครนครศรีธรรมราช นายกเทศมนตรีเมืองปากพั่น นายกเทศมนตรีเมืองทุ่งสง
นายกเทศมนตรีเมืองปากพูน และท้องถิ่นอำเภอทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศกรมการขนส่งทางบก เรื่อง ขอรับการจัดสรรเงินกองทุนเพื่อความปลอดภัย
ในการใช้รถใช้ถนนฯ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสำนักงานขนส่งจังหวัดนครศรีธรรมราชได้ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์การเปิดรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ ในระหว่างวันที่ ๑๗ สิงหาคม - ๑๗ กันยายน ๒๕๕๘ ทั้งนี้ เฉพาะผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน โดยสามารถยื่นแบบคำขอตามแบบฟอร์มท้ายประกาศที่ส่งมาด้วย ได้ที่สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน สำนักมาตรฐานงานทะเบียนและภาษีรถ กรมการขนส่งทางบก หรือสำนักงานขนส่งจังหวัดทั่วประเทศ โดยสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่โทรศัพท์หมายเลข ๐ ๒๒๗๑ ๘๘๘๘ ต่อ ๒๕๑๑-๒๕๑๕ หรือที่สำนักงานขนส่งจังหวัดนครศรีธรรมราช โทร ๐ ๗๕๓๗ ๘๕๘๓-๔ ต่อ ๓ และ Call Center ๑๕๘๔ หรือทางเว็บไซต์ www.dlt.go.th, www.roadsafefund.com และ www.tabienrod.com

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่ทราบ สำหรับท้องถิ่นอำเภอขอให้แจ้งเทศบาลตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่ทราบด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายอนุนต์ ทองอุ่น)

นักส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นชำนาญการพิเศษ รักษาการแทน
ท้องถิ่นจังหวัดนครศรีธรรมราช

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด
กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น
โทร. ๐-๗๕๓๔-๓๓๑๒, ๐-๗๕๓๕-๖๓๗๕ ต่อ ๒๐
โทรสาร ต่อ ๒๕



ประกาศกรมการขนส่งทางบก

เรื่อง การขอรับจัดสรรเงินกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน
เป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘

เพื่อให้การจัดสรรเงินกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน สำหรับเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน เป็นไปด้วยความเรียบร้อย ตามวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุน อธิบดีกรมการขนส่งทางบกจึงออกประกาศรับคำขอรับจัดสรรเงินกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ ไว้ดังต่อไปนี้

๑. คุณสมบัติของผู้ขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ

- (๑) ต้องเป็นผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน
- (๒) ต้องไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนมาก่อน หรือเคยได้รับความช่วยเหลือมาแล้วเกินกว่า ๕ ปี
- (๓) ต้องไม่เคยเป็นผู้ฝ่าฝืนเงื่อนไขของกรมการขนส่งทางบกเกี่ยวกับการจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ

๒. อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการต้องเป็นอุปกรณ์ที่จัดจำหน่ายโดยผู้จัดจำหน่ายที่ขึ้นทะเบียนกับกรมการขนส่งทางบกเท่านั้น และเป็นอุปกรณ์ ดังต่อไปนี้

- (๑) แขนเทียม
- (๒) ขาเทียม
- (๓) รถนั่งสำหรับผู้พิการ
- (๔) เบาะรองนั่งป้องกันแผลกดทับ
- (๕) รถสามล้อโยก
- (๖) เตียงนอนธรรมดา ๓ โก
- (๗) ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ
- (๘) เครื่องช่วยฟัง
- (๙) คอมพิวเตอร์ หรืออุปกรณ์คอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการทางสายตา

ทั้งนี้ จะพิจารณาจัดสรรให้ตามความเหมาะสมกับสภาพความพิการ และสภาพการใช้งานของผู้พิการเป็นราย ๆ ไป

๓. เอกสารประกอบคำขอ

ผู้ขอรับจัดสรรฯ ต้องยื่นคำขอตามแบบที่แนบท้ายประกาศนี้ พร้อมด้วยหลักฐานดังต่อไปนี้

(๑) ภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชน หรือหลักฐานแสดงตนอื่นใดที่ทางราชการออกให้

(๒) ภาพถ่ายบัตรประจำตัวผู้พิการ ซึ่งออกโดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (ถ้ามี) โดยอย่างน้อยให้มีรายการดังต่อไปนี้

(ก) ชื่อ ที่อยู่ของผู้พิการ

(ข) วันที่ออกบัตรและวันหมดอายุ

(ค) ประเภทหรือลักษณะความพิการ

(ง) ชื่อผู้ดูแลผู้พิการ (ถ้ามี)

(๓) ภาพถ่ายสำเนาทะเบียนบ้าน

(๔) รูปถ่ายของผู้พิการที่แสดงให้เห็นถึงความพิการอย่างชัดเจนในท่าที่แตกต่างกัน ขนาดไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว และมีอายุไม่เกิน ๖ เดือน จำนวนไม่น้อยกว่า ๓ รูป ในกรณีที่ผู้พิการมีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอยู่แล้ว ให้แนบรูปถ่ายอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่มีอยู่ในปัจจุบัน ขนาดไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว จำนวนไม่น้อยกว่า ๑ รูป มาด้วย

ในกรณีขออุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการเป็นรถนั่งไฟฟ้าสำหรับคนพิการต้องแนบรูปถ่ายสภาพพื้นที่บริเวณที่พักอาศัยหรือบ้านพักโดยรอบ ขนาดไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว จำนวน ๒ รูป

(๕) ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่แนบท้ายประกาศนี้ โดยได้รับการรับรองจากสถานพยาบาลของรัฐ

(๖) หลักฐานที่ทางราชการออกให้หรือหลักฐานการขอรับหรือได้รับการชดเชยค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทประกันภัยหรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย ที่สามารถยืนยันหรือบ่งบอกได้ว่าความพิการนั้นเกิดจากการประสบภัยจากการใช้รถใช้ถนน

ในกรณีที่หลักฐานตาม (๕) สามารถแสดงได้ว่าความพิการนั้นเกิดจากการประสบภัยจากการใช้รถใช้ถนน ให้ใช้เป็นหลักฐานตาม (๖) ได้ด้วย

๔. ให้ผู้ขอรับจัดสรรเลือกอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการจากคู่มือกำหนดคุณลักษณะอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการของกรมการขนส่งทางบก ทั้งนี้ อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการดังกล่าวต้องเป็นอุปกรณ์ที่แพทย์ระบุในใบรับรองแพทย์ตามข้อ ๓ (๕) ว่าเหมาะสมกับผู้พิการ

๕. คำขอและวิธีการยื่นคำขอ

ผู้ขอรับจัดสรรต้องลงลายมือชื่อในคำขอและยื่นคำขอด้วยตนเอง ในกรณีผู้ขอรับจัดสรรไม่สามารถลงลายมือชื่อหรือยื่นคำขอด้วยตนเองได้ ให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งดังต่อไปนี้เป็นผู้ยื่นคำขอแทน

(๑) ผู้ดูแลผู้พิการตามที่ระบุไว้ในบัตรประจำตัวผู้พิการ

(๒) ผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองในกรณีที่ผู้พิการเป็นผู้เยาว์ หรือผู้อนุบาลในกรณีที่ผู้พิการเป็นคนที่ไร้ความสามารถ

(๓) บิดา มารดา สามी ภรรยา พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน หรือพี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน

(๔) บุคคลที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสถานพยาบาลของรัฐที่สูงกว่ารับรองว่าเป็นผู้ดูแลผู้พิการตามความเป็นจริง

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

๖. สถานที่ยื่นคำขอและกำหนดเวลายื่นคำขอ

ผู้พิการที่ประสงค์ขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการให้ยื่นคำขอได้ที่ สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน สำนักมาตรฐานงานทะเบียนและภาษีรถ กรมการขนส่งทางบก หรือสำนักงานขนส่งจังหวัด ในระหว่างวันที่ ๑๗ สิงหาคม - ๑๗ กันยายน ๒๕๕๘ ในวัน และเวลาราชการ

๗. เกณฑ์การพิจารณาจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ

การจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ให้พิจารณาตามหลักเกณฑ์โดยคำนึงถึงองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

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

๘. การอนุมัติเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ

เมื่อคณะอนุกรรมการมีมติประกาศรายชื่อผู้ได้รับจัดสรรให้ถือเป็นที่สุด และให้สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนมีหนังสือแจ้งผู้ขอรับจัดสรรทราบภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันอนุมัติ และให้แจ้งวงเงินที่ได้รับอนุมัติ รวมทั้งรหัสอุปกรณ์ตามคู่มือกำหนดคุณลักษณะอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการของกรมการขนส่งทางบก พร้อมรายชื่อผู้จำหน่ายอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการให้ผู้ได้รับจัดสรรทราบด้วย เพื่อให้ผู้ได้รับจัดสรรเลือกผู้จำหน่ายอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการตามที่ได้รับแจ้ง

เมื่อผู้ได้รับจัดสรรได้ดำเนินการจัดซื้อหรือจัดจ้างทำอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการแล้ว ให้แจ้งสำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน หรือสำนักงานขนส่งจังหวัดที่ยื่นคำขอ ภายใน ๖๐ วัน นับแต่วันได้รับหนังสือแจ้งมติอนุมัติเพื่อกำหนด วัน เวลา และสถานที่รับเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการต่อไป

๙. การจ่ายเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการให้จ่ายเป็นเงินสด หรือเช็ค ตามจำนวนเงินที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินวงเงินที่ได้รับอนุมัติ โดยผู้ได้รับจัดสรรต้องนำไปเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี หรือหลักฐานการแจ้งหนี้ พร้อมอุปกรณ์ ช่วยเหลือผู้พิการที่ได้รับอนุมัติให้จัดซื้อหรือจัดจ้างมาแสดงต่อคณะอนุกรรมการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากคณะอนุกรรมการภายใน ๑๒๐ วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งอนุมัติ

๑๐. เงื่อนไขที่ผู้ได้รับจัดสรรต้องดำเนินการ หากไม่ดำเนินการภายในเวลาที่กำหนดจะถือว่าการอนุมัติจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการเป็นอันสิ้นสุด

(๑) ต้องติดต่อสำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน สำนักมาตรฐานงานทะเบียนและภาษีรถ หรือสำนักงานขนส่งจังหวัดที่ยื่นคำขอ ภายใน ๖๐ วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งมติอนุมัติ

(๒) ต้องยินยอมและให้ความร่วมมือคณะกรรมการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเข้าไปตรวจสอบ หรือตรวจติดตามการจัดซื้อจัดจ้างอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการตามที่ได้รับอนุมัติ

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

๑๑. ภายในกำหนดระยะเวลา ๕ ปี ห้ามผู้ได้รับจัดสรรนำอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ได้รับอนุมัติ ไปจำหน่าย จ่าย แจกหรือให้บุคคลอื่น ในกรณีที่พบว่าผู้ได้รับจัดสรรนำอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ ไปจำหน่าย จ่าย แจกหรือให้บุคคลอื่น ให้สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน เรียกอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการดังกล่าวคืน และตัดสิทธิ์ที่จะขอรับจัดสรรใหม่

ในกรณีที่สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน สำนักมาตรฐานงานทะเบียนและภาษีรถ เรียกอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการคืนตามวรรคหนึ่งแล้วไม่ได้รับอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการคืน ให้รายงานคณะกรรมการทราบเพื่อพิจารณาดำเนินการตามควรแก่กรณี

๑๒. กรณีมีปัญหาในการปฏิบัติตามประกาศนี้ ให้อธิบดีกรมการขนส่งทางบกเป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาด คำวินิจฉัยดังกล่าวให้ถือเป็นที่สุด

๑๓. วิธีปฏิบัตินอกจากที่กำหนดไว้แล้วในประกาศนี้ ให้ปฏิบัติตามระเบียบแบบแผนของทางราชการโดยอนุโลม

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

ประกาศ ณ วันที่ ๖ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๘



(นายธีระพงษ์ รอดประเสริฐ)
อธิบดีกรมการขนส่งทางบก



แบบคำขอ

การขอรับจัดสรรเงินจากกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.)
สำหรับเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน

ชื่อผู้ขอรับจัดสรร (นาย/นาง/นางสาว).....อายุปี

เลขประจำตัวประชาชนผู้พิการ

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง พิการมาแล้ว.....ปี

☐ ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจาก กปถ. มาก่อน

☐ เคยได้รับความช่วยเหลือจาก กปถ. มาแล้วเมื่อปี พ.ศ.

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

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

☐ อาศัยอยู่กับครอบครัว ☐ บ้านตัวเอง ☐ บ้านเช่า ☐ หอพัก ☐ อื่นๆ ระบุ.....

การติดต่อสำรอง กรณีไม่สามารถติดต่อตามที่อยู่ที่ได้ไว้ข้างต้น

ชื่อผู้ติดต่อ.....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 (ถ้ามี) ก่อนพิการ.....บาท ปัจจุบัน.....บาท

ภาระหน้าที่ในครอบครัว ก่อนพิการ ☐ เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว ☐ ไม่ได้เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว

ปัจจุบัน ☐ เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว ☐ ไม่ได้เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว

๒. ข้อมูลเพื่อการขอรับจัดสรร

สาเหตุของความพิการเนื่องจาก (ระบุสาเหตุ และลักษณะความพิการปัจจุบัน)

.....

.....

.....

.....



๔. ข้อมูลการมีอยู่ของอุปกรณ์ขณะขอรับการจัดสรร

ปัจจุบันท่านมีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอยู่หรือไม่

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และเป็นการขอรับการช่วยเหลือในส่วนที่นอกเหนือจากคำสันทัดแทนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.๒๕๓๕ หากเป็นความเท็จข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบตามกฎหมายทุกประการ และเมื่อได้รับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือแล้วถ้าข้าพเจ้าไม่นำเงินไปซื้อหรือจ้างทำอุปกรณ์ช่วยเหลือ หรือนำอุปกรณ์ช่วยเหลือไปจำหน่าย จ่าย แจก ให้บุคคลอื่น ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินที่ได้รับ รวมทั้งชดใช้ค่าเสียหายทั้งหมดที่เกิดขึ้นแก่กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนหากไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขดังกล่าว และตัดสิทธิ์ที่จะขอรับจัดสรรใหม่

ลงชื่อ ผู้ขอรับจัดสรร

(.....)

วันที่

หมายเหตุ กรณีที่ผู้พิการไม่สามารถลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือได้ ให้ผู้ยื่นคำขอแทน เป็นผู้ลงลายมือชื่อแทนผู้ขอรับจัดสรร

กรณียื่นคำขอแทนผู้ขอรับจัดสรร

(ยื่นคำขอแทนผู้พิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ คือ มีความพิการระดับ ๔ และ ระดับ ๕ เท่านั้น)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และเป็นการขอรับการช่วยเหลือในส่วนที่นอกเหนือจากคำสันทัดแทนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.๒๕๓๕ หากเป็นความเท็จข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบตามกฎหมายทุกประการ

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 กรณีขอรถเข็นไฟฟ้า)

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 ในการสอบถามข้อมูลที่กรอกในใบคำขอ และความเห็นเพิ่มเติมของผู้รับคำขอ)

.....

.....

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

สำนักงานขนส่งจังหวัด.....ได้ตรวจสอบข้อมูลในแบบคำขอครบถ้วนถูกต้อง

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....



เอกสารประกอบการขอรับจัดสรร

- ☐ ๑) ภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชน หรือหลักฐานแสดงตนอื่นใดที่ทางราชการออกให้
- ☐ ๒) ภาพถ่ายบัตรประจำตัวผู้พิการ (ถ้ามี) โดยอย่างน้อยต้องมีรายการ ชื่อ ที่อยู่ของผู้พิการ วันที่ออกบัตรและวันหมดอายุ ประเภทหรือลักษณะความพิการ และชื่อผู้ดูแลผู้พิการ (ถ้ามี)
- ☐ ๓) ภาพถ่ายสำเนาทะเบียนบ้าน
- ☐ ๔) รูปถ่ายของผู้พิการและรูปถ่ายอุปกรณ์ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน
- รูปถ่ายของผู้พิการที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะความพิการอย่างชัดเจนในลักษณะแตกต่างกันขนาดไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้วและมีอายุไม่เกิน ๖ เดือน จำนวนไม่น้อยกว่า ๓ รูป (โดยลักษณะท่าทางไม่ซ้ำกัน)
- รูปถ่ายแสดงสภาพอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ขนาดไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้วจำนวน ๑ รูป (ถ้ามีอุปกรณ์)
- รูปถ่ายสภาพแวดล้อม (บริเวณที่พักอาศัยหรือบ้านพักของผู้พิการ) ขนาดไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้วจำนวน ๒ รูป
- ☐ ๕) ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐตามแบบที่อธิบดีกรมการขนส่งทางบกกำหนดและในกรณีที่แพทย์สามารถระบุได้ว่าความพิการเกิดมาจากการได้รับอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน สามารถใช้แทนเอกสารในข้อ ๖ ได้
- ☐ ๖) หลักฐานที่ทางราชการออกให้หรือหลักฐานการขอรับหรือได้รับการชดเชยค่าสินไหมทดแทนจากบริษัท ประกันภัยหรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยหรือประวัติการรักษา (OPD Card) ที่สามารถยืนยันหรือบ่งบอกได้ว่าความพิการนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากได้รับอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน
- ☐ ๗) ภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนผู้ยื่นคำขอแทน (กรณียื่นคำขอแทน)
- ☐ ๘) หลักฐานที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ยื่นคำขอกับผู้พิการ (กรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม/ ผู้ปกครอง/ผู้อนุบาล/บิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร/พี่/น้อง)
- ☐ ๙) หนังสือรับรองจากหน่วยงานที่รับรองว่าเป็นผู้ดูแลผู้พิการ (กรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นผู้ดูแลตามความเป็นจริง)

หมายเหตุ - ขอรับและจัดส่งแบบคำขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการฯ ได้ที่

- สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก อาคาร ๒ ชั้น ๕ โทร. ๐-๒๒๗๑-๘๘๘๘ ต่อ ๒๕๑๑ - ๒๕๑๒ หรือโทร ๑๕๘๔
- สำนักงานขนส่งจังหวัดทุกจังหวัดทั่วประเทศ

- ภายหลังจากรับการแจ้งผลได้รับพิจารณาอนุมัติจัดสรรฯ จากคณะอนุกรรมการฯ หากมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงอุปกรณ์ ต้องแจ้งสำนักงานขนส่งจังหวัด หรือ สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน พิจารณา ภายใน ๑๕ วัน

- หากผู้ได้รับจัดสรรไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขของกรมการขนส่งทางบก ต้องคืนเงินที่ได้รับจัดสรร และหรือชดเชยค่าเสียหายทั้งหมดที่เกิดขึ้นแก่กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน และยินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

ใบรับรองแพทย์



เพื่อประกอบการขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน
กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก

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

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง

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

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

ประเภทความพิการ	รายละเอียดลักษณะความพิการ	การเกิดความพิการ
1. การเคลื่อนไหว	☐ พิจารณ์อ่อนแรงทั้งตัว ☐ พิจารณ์อ่อนแรง ระบุ..... ☐ พิจารณ์แขนขาต ระดับ..... ☐ พิจารณ์ขาขาด ระดับ..... ☐ อื่นๆ ระบุ.....	☐ ตั้งแต่เกิด ☐ ภายหลัง จำนวน..... ปี..... เดือน
2. การมองเห็น	☐ ตาบอด.....ข้าง ☐ ลานสายตา ☐ ตาเห็นเลือนราง	
3. อื่นๆ (ระบุ).....		

4. สาเหตุความพิการ (แพทย์ระบุโดยละเอียด).....

5. อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับสภาพความพิการ (แพทย์ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับผู้พิการ พร้อมลงลายมือชื่อกำกับ
หลังชื่อประเภทอุปกรณ์นั้น)

- | | |
|---|--|
| 5.1 ☐ แขนเทียม (ระดับ) | 5.2 ☐ ขาเทียม (ระดับ) |
| 5.3 ☐ รถนั่งคนพิการชนิดธรรมดา | 5.4 ☐ รถนั่งคนพิการชนิดไฟฟ้า |
| 5.5 ☐ เบาะรองนั่งป้องกันแผลกดทับ | 5.6 ☐ รถสามล้อโยก |
| 5.7 ☐ เตียงนอนแบบธรรมดาพร้อมที่นอนธรรมดา | 5.8 ☐ ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ |
| 5.9 ☐ คอมพิวเตอร์ หรืออุปกรณ์คอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการทางสายตา | |

สรุปการวินิจฉัยโรค (Dx) ระบุสภาพความพิการโดยละเอียด เป็นภาษาไทย

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตรา

สถานพยาบาลของรัฐ