เรียน ท้องถิ่นจังห วัดนครศรีธรรมราช

พมจ. ขอค วามร่วมมือ ทถจ.ประชาสัมพันธ์การขอรับจัดสรรเ งินกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนเป็นค่าอุปก รณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจา กการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๖ โดยให้ ผู้พิการและครอบครัวคนพิการที่เป็นผู้พิการเนื่องจากป ระสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน สามารถยื่นคำขอร้ องจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการฯ ได้ที่ สำนักงานขน ส่งจังหวัดทุกจังหวัดในระหว่างวันที่ ๓ – ๑๔ มิ.ย.๕๖

เห็นควรแจ้ ง อปท.ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่ทราบ

จึงเรียนมา เพื่อโปรดทราบ พร้อมนี้ได้เสนอหนังสือมาเพื่อพิจารณาลง นามด้วยแล้ว

(นายอนันต์ ทองอุไท)
หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองและพัฒนาท้องถิ่น

ทน.กลุ่มงา น.....วันที่...../...../.....
ผู้ปฏิบัติ...(...)...วันที่๒๗/ พ.ค./๕๖

425



ที่ นศ ๐๐๒๓.๓/ว ๒๒๒

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
จังหวัดนครศรีธรรมราช
ศาลากลางจังหวัดนครศรีธรรมราช
ถนนราชดำเนิน นศ ๘๐๐๐๐

๒๙ พฤษภาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์การเปิดรับแบบคำขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๖

เรียน นายกเทศมนตรีนครนครศรีธรรมราช นายกเทศมนตรีเมืองปากพนัง นายกเทศมนตรีเมืองทุ่งสง นายกเทศมนตรีเมืองปากพูน และท้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ประกาศกรมการขนส่งทางบก เรื่อง การขอรับจัดสรรเงินกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๖
๒. แบบคำขอ

ด้วยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครศรีธรรมราช ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์การเปิดรับแบบคำขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๖ ในส่วนที่นอกเหนือจากค่าสินไหมทดแทนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.๒๕๓๕ โดยให้ผู้พิการและครอบครัวคนพิการที่เป็นผู้พิการเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน สามารถยื่นแบบคำขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๖ ในระหว่างวันที่ ๓ – ๑๔ มิถุนายน ๒๕๕๖ ได้ที่สำนักงานขนส่งจังหวัดทุกจังหวัด และสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ทางโทรศัพท์หมายเลข ๐-๒๒๗๑-๘๘๘๘ ต่อ ๒๕๑๑ – ๒๕๑๕ และ Call Center ๑๕๘๔ หรือ ทางเว็บไซต์ www.dlt.go.th, www.roadsafefund.com, และ www.tabienrod.com

ดังนั้น เพื่อให้การเปิดรับแบบคำขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๖ บรรลุวัตถุประสงค์ จึงขอความร่วมมือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ประชาสัมพันธ์ให้ผู้พิการและครอบครัวคนพิการที่เป็นผู้พิการเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนนในพื้นที่ได้รับทราบ

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป สำหรับอำเภอขอให้แจ้งเทศบาลตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่พิจารณาดำเนินการด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายสงกรานต์ ไมยวงษ์)
ท้องถิ่นจังหวัดนครศรีธรรมราช

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



ประกาศกรมการขนส่งทางบก

เรื่อง การขอรับจัดสรรเงินกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน
เป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๖

เพื่อให้การจัดสรรเงินกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน สำหรับเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุน อธิบดีกรมการขนส่งทางบกจึงออกประกาศรับคำขอรับจัดสรรเงินกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๖ ไว้ดังต่อไปนี้

๑. คุณสมบัติของผู้ขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ

(๑) ต้องเป็นผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน

(๒) ต้องไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนมาก่อน หรือเคยได้รับความช่วยเหลือมาแล้วไม่น้อยกว่า ๕ ปี

๒. อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่สามารถขอรับจัดสรรได้ มีดังนี้

(๑) แขนเทียม

(๒) ขาเทียม

(๓) รถนั่งสำหรับผู้พิการ

(๔) ไม้เท้าและไม้ค้ำยัน

(๕) อุปกรณ์อื่น เช่น ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ เตียงนอนสำหรับผู้พิการที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ โดยยกเว้นอุปกรณ์บางประเภท ตัวอย่างเช่น จักรยานยนต์ดัดแปลง จักรยานยนต์พ่วงข้าง จักรยานยนต์สกู๊ตเตอร์ กายอุปกรณ์เสริมการเดิน

ทั้งนี้ จะพิจารณาให้ตามความเหมาะสมกับสภาพความพิการ และสภาพการใช้งานของผู้พิการเป็นราย ๆ ไป

๓. เอกสารประกอบคำขอ

(๑) ภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชน หรือหลักฐานแสดงตนอื่นใดที่ทางราชการออกให้

(๒) ภาพถ่ายบัตรประจำตัวผู้พิการ (ถ้ามี) โดยอย่างน้อยให้มีรายการดังต่อไปนี้

(ก) ชื่อ ที่อยู่ของผู้พิการ

(ข) วันที่ออกบัตรและวันหมดอายุ

(ค) ประเภทหรือลักษณะความพิการ

(ง) ชื่อผู้ดูแลผู้พิการ (ถ้ามี)

/(๓) ภาพถ่ายสำเนา...

(๓) ภาพถ่ายสำเนาทะเบียนบ้าน

(๔) รูปถ่าย

(ก) รูปถ่ายของผู้พิการที่แสดงให้เห็นถึงความพิการอย่างชัดเจนในลักษณะที่แตกต่างกัน ขนาดไม่น้อยกว่า ๗.๖๐ x ๑๒.๗๐ เซนติเมตร และมีอายุไม่เกิน ๖ เดือน จำนวนไม่น้อยกว่า ๓ รูป (โดยลักษณะท่าทางไม่ซ้ำกัน)

(ข) กรณีที่ผู้พิการมีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอยู่แล้ว ให้แนบรูปถ่ายอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่มีอยู่ในปัจจุบันขนาดไม่น้อยกว่า ๗.๖๐x ๑๒.๗๐ เซนติเมตร จำนวนไม่น้อยกว่า ๑ รูป

(ค) รูปถ่ายสภาพแวดล้อม (บริเวณที่พักอาศัยหรือบ้านพักของผู้พิการ) จำนวน ๒ รูป

(๕) หลักฐานที่ทางราชการออกให้หรือหลักฐานการขอรับหรือได้รับการชดใช้ค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทประกันภัยหรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยที่สามารถยืนยันหรือบ่งบอกได้ว่าความพิการนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากได้รับอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน

(๖) ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐตามแบบที่อธิบดีกรมการขนส่งทางบกกำหนด และในกรณีที่แพทย์สามารถระบุได้ว่าความพิการเกิดมาจากการได้รับอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนนสามารถใช้แทนเอกสารในข้อ ๕ ได้

(๗) ใบเสนอราคาอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ พร้อมคุณลักษณะ รูปแบบ และรายละเอียดที่ชัดเจน และมีการรับประกันสินค้าอย่างน้อย ๑ ปี (เป็นภาษาไทย)

๔. คำขอและวิธีการยื่นคำขอ

ผู้ขอรับจัดสรรต้องยื่นคำขอตามแบบที่กำหนดท้ายประกาศ โดยต้องลงลายมือชื่อในคำขอและยื่นคำขอด้วยตนเอง ในกรณีผู้ขอรับจัดสรรไม่สามารถลงลายมือชื่อหรือยื่นคำขอด้วยตนเองได้ให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งดังต่อไปนี้เป็นผู้ยื่นคำขอแทน

(๑) ผู้ดูแลผู้พิการตามที่ระบุไว้ในบัตรประจำตัวผู้พิการ โดยต้องแนบภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอแทนเป็นหลักฐานประกอบด้วย

(๒) ผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครอง ในกรณีที่ผู้พิการเป็นผู้เยาว์หรือผู้อนุบาลและในกรณีที่ผู้พิการเป็นคนไร้ความสามารถ โดยต้องแนบภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอแทนพร้อมหลักฐานที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ยื่นคำขอกับผู้พิการเป็นหลักฐานประกอบด้วย

(๓) บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน หรือพี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน ต้องแนบภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอแทน พร้อมหลักฐานที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ยื่นคำขอกับผู้พิการเป็นหลักฐานประกอบด้วย

(๔) บุคคลที่กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภากรุงเทพมหานคร สมาชิกสภาเขตกรุงเทพมหานคร สมาชิกสภาจังหวัด สมาชิกสภาเทศบาล สมาชิกสภาตำบลในเขตภูมิลำเนาของผู้พิการรับรองว่าเป็นผู้ดูแลผู้พิการตามความเป็นจริง โดยแนบภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชนชนของผู้ยื่นคำขอแทนพร้อมภาพถ่ายบัตรประจำตัวที่แสดงถึงตำแหน่งหน้าที่ของผู้รับรองเป็นหลักฐานประกอบด้วย

/๕. สถานที่...

๕. สถานที่ยื่นคำขอและกำหนดเวลายื่นคำขอ

ผู้พิการที่ประสงค์จะขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการให้ยื่นคำขอได้ที่สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก หรือสำนักงานขนส่งจังหวัด **ในระหว่างวันที่ ๓ มิถุนายน ๒๕๕๖ ถึงวันที่ ๑๔ มิถุนายน ๒๕๕๖**

๖. เกณฑ์การพิจารณาจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ

(๑) การเป็นผู้ใช้รถใช้ถนนโดยถูกต้อง

(๒) ลักษณะหรือสภาพความพิการ

(๓) ความจำเป็นที่ต้องมีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ

(๔) ประโยชน์จากการนำอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการไปใช้

(๕) ความเหมาะสมของอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ขอรับจัดสรร

(๖) กรณีอื่นตามที่คณะอนุกรรมการกำหนด

๗. การอนุมัติเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ

ผู้พิการที่ได้รับการอนุมัติจะได้รับหนังสือแจ้งมติอนุมัติภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันที่มีมติอนุมัติ โดยผู้พิการต้องติดต่อสำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน หรือสำนักงานขนส่งจังหวัด ซึ่งผู้พิการระบุในแบบคำขอ ภายใน ๖๐ วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งอนุมัติ เพื่อกำหนดวัน เวลา และสถานที่รับเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการฯ

๘. การจ่ายเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการให้จ่ายเป็นเงินสด หรือเช็ค ตามจำนวนเงินที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินวงเงินที่ได้รับอนุมัติ โดยผู้ได้รับจัดสรรต้องนำใบเสร็จรับเงินหรือหลักฐานการแจ้งหนี้พร้อมอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ได้รับอนุมัติให้จัดซื้อหรือจัดจ้างมาแสดงต่อคณะอนุกรรมการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากคณะอนุกรรมการภายใน ๑๒๐ วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งอนุมัติ

๙. เงื่อนไขที่ผู้ได้รับจัดสรรต้องดำเนินการ หากไม่ดำเนินการจะถือว่าการอนุมัติจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการเป็นอันสิ้นผล

(๑) ต้องติดต่อสำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน หรือสำนักงานขนส่งจังหวัดซึ่งผู้พิการระบุในแบบคำขอ ภายใน ๖๐ วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งมติอนุมัติ

(๒) ต้องยินยอมให้คณะอนุกรรมการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเข้าไปตรวจสอบหรือตรวจติดตามการจัดซื้อจัดจ้างอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการตามที่ได้รับอนุมัติ

(๓) ต้องนำใบเสร็จรับเงินหรือหลักฐานการแจ้งหนี้ พร้อมอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ได้รับอนุมัติ ให้จัดซื้อจัดจ้างไปแสดงต่อคณะอนุกรรมการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย ภายใน ๑๒๐ วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งอนุมัติ

๑๐. เงื่อนไขอื่นๆ

(๑) ผู้ขอรับจัดสรรต้องให้ความร่วมมือในการชี้แจงข้อเท็จจริงหรือส่งเอกสารเพิ่มเติมให้แก่คณะอนุกรรมการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

/(๒) ผู้ได้รับ...

(๒) ผู้ได้รับจัดสรรต้องยินยอมให้คณะอนุกรรมการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเข้าไปตรวจสอบ หรือตรวจติดตามการใช้งานอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ได้รับอนุมัติ หากคณะกรรมการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายประสงค์เข้าไปตรวจสอบ

(๓) ห้ามให้มีการเปลี่ยนแปลงอุปกรณ์และเปลี่ยนแปลงบริษัทตามใบเสนอราคา ภายหลังจากคณะอนุกรรมการพิจารณาอนุมัติ หากมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงต้องแจ้งสำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนพิจารณา ภายใน ๑๕ วัน

(๓) ห้ามผู้ได้รับจัดสรรนำอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ได้รับอนุมัติไปจำหน่าย จ่าย แจก หรือให้บุคคลอื่น ภายในกำหนดระยะเวลา ๕ ปี

(๔) หากผู้ได้รับจัดสรรไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขของกรมการขนส่งทางบก ต้องคืนเงินที่ได้รับจัดสรร และหรือชดใช้ค่าเสียหายที่หมดที่เกิดขึ้นแก่กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน และยินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

ผู้พิการที่สนใจจะขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก โทรศัพท์หมายเลข ๐ ๒๒๗๑ ๘๗๐๕-๘ หรือ ๐ ๒๒๗๑ ๘๘๘๘ ต่อ ๒๕๑๕ หรือ ๑๕๘๔

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๖

(นายสมชัย ศิริวัฒนโชค)
อธิบดีกรมการขนส่งทางบก

แบบคำขอ

การขอรับจัดสรรเงินจากกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน
สำหรับเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน

---

๑. ข้อมูลผู้ขอรับจัดสรร

ชื่อ-สกุลผู้ขอรับจัดสรร(นาย/นาง/นางสาว).....**อายุ** .....**ปี**

เลขประจำตัวประชาชนผู้พิการ ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง **พิการมาแล้ว**.....**ปี**

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

☐ อาศัยอยู่กับครอบครัว ☐ บ้านตัวเอง ☐ บ้านเช่า ☐ หอพัก

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

หากท่านได้รับอนุมัติจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการท่านประสงค์รับอุปกรณ์ที่ใด

☐ สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนกรมการขนส่งทางบก (กรุงเทพมหานคร)

☐ สำนักงานขนส่งจังหวัด (ระบุ).....

๒. ข้อมูลเพื่อการขอรับจัดสรร

สาเหตุของความพิการเนื่องจาก (ระบุสาเหตุ และลักษณะความพิการปัจจุบัน).....

.....

.....

.....

* โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณาฯ

ในการประสบภัยจากการใช้รถใช้ถนนดังกล่าวผู้ขอรับจัดสรรเป็น ☐ ผู้ขับรถ ☐ ผู้ได้รับผลกระทบ

การได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น

☐ ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น

☐ ได้รับความช่วยเหลือ ☐ ยืม ☐ บริจาค ☐ อื่น ๆ.....

จาก (บุคคล/หน่วยงาน).....

ได้รับเมื่อวัน/เดือน/ปี.....

๓. ข้อมูลอุปกรณ์ที่ขอรับจัดสรร

ขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ ดังนี้

๓.๑ แขนเทียม

☐ แขนเทียมระดับข้อไหล่ ราคา.....บาท

☐ แขนเทียมระดับเหนือศอก ราคา.....บาท

☐ แขนเทียมระดับใต้ศอก ราคา.....บาท

☐ แขนเทียมระดับข้อมือ (มือเทียม) ราคา.....บาท

๓.๒ ขาเทียม

☐ ขาเทียมระดับสะโพก ราคา.....บาท

☐ ขาเทียมระดับเหนือเข่า ราคา.....บาท

☐ ขาเทียมระดับข้อเข่า ราคา.....บาท

☐ ขาเทียมระดับใต้เข่า ราคา.....บาท

☐ ขาเทียมระดับข้อเท้า ราคา.....บาท

๓.๓ รถนั่งคนพิการ

☐ รถนั่งธรรมดา ราคา.....บาท

☐ รถนั่งไฟฟ้า ราคา.....บาท

๓.๔ ☐ เบาะรองนั่งป้องกันแผลกดทับ ราคา.....บาท

๓.๕ ☐ รถสามล้อโยก ราคา.....บาท

๓.๖ ☐ เตียงนอนแบบธรรมดาพร้อมที่นอนธรรมดา ราคา.....บาท

๓.๗ ☐ ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ ราคา.....บาท

๓.๘ ☐ เครื่องช่วยฟัง ราคา.....บาท

๓.๙ ☐ คอมพิวเตอร์ หรืออุปกรณ์คอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการทางสายตา ราคา.....บาท

๓.๑๐ ☐ อื่นๆ (ระบุ)..... ราคา.....บาท

ราคาอุปกรณ์รวมทั้งสิ้น.....บาท

๔. **ข้อมูลการมีอยู่ของอุปกรณ์และการนำอุปกรณ์ไปใช้**

ปัจจุบันท่านมีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอยู่หรือไม่

☐ ไม่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการประเภทใดอยู่เลย

☐ ไม่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการประเภทที่ขอรับจัดสรร

☐ มีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการประเภทที่ขอรับจัดสรร แต่มีสภาพ(ระบุ).....

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

การนำอุปกรณ์ไปใช้ประโยชน์(ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

☐ ใช้ในการดำรงชีวิตประจำวัน.....

☐ ใช้ในการเดินทางไปประกอบอาชีพ (ระบุอาชีพ).....

☐ ใช้เพื่อการอื่น ระบุและแนบเอกสารประกอบ (ถ้ามี).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และเป็นการขอรับการช่วยเหลือในส่วนที่นอกเหนือจากค่าสินไหมทดแทนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.๒๕๓๕ หากเป็นความเท็จข้าพเจ้ายินยอมรับผิดตามกฎหมายทุกประการ และ***เมื่อได้รับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือแล้ว ถ้าข้าพเจ้าไม่นำเงินไปซื้อหรือจ้างทำอุปกรณ์ช่วยเหลือ หรือนำอุปกรณ์ช่วยเหลือไปจำหน่าย จ่าย แจก ให้บุคคลอื่น ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินที่ได้รับ รวมทั้งชดใช้ค่าเสียหายทั้งหมดที่เกิดขึ้นแก่กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน*** **หากไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขดังกล่าวยินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย**

ลงชื่อ .....ผู้ขอรับจัดสรร

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ กรณีที่ผู้พิการไม่สามารถลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือได้ ให้ผู้ยื่นคำขอแทน เป็นผู้ลงลายมือชื่อแทนผู้ขอรับจัดสรร

* โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณาฯ

ข้อมูลผู้ยื่นคำขอแทน(กรณียื่นคำขอแทนผู้ขอรับจัดสรร)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ผู้ยื่นคำขอแทนผู้พิการ ซึ่งได้แก่ นาย/นาง/นางสาว.....มีความเกี่ยวข้องกับผู้พิการเป็น

☐ ๑. ผู้ดูแลคนพิการตามที่ระบุไว้ในบัตรประจำตัวคนพิการ

☐ ๒. ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง/ผู้อนุบาล

☐ ๓. ญาติใกล้ชิด (พ่อ /แม่ /สามี /ภรรยา /บุตร /พี่ /น้อง)

☐ ๔. ผู้ดูแลผู้พิการตามความเป็นจริง ซึ่งมีนาย/นาง/นางสาว.....

ตำแหน่ง .....เป็นผู้รับรอง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และเป็นการขอรับการช่วยเหลือในส่วนที่นอกเหนือจากค่าสินไหมทดแทนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.๒๕๓๕ หากเป็นความเท็จข้าพเจ้ายินยอมรับผิดตามกฎหมายทุกประการ ***(กรณียื่นคำขอแทนต้องเป็นผู้พิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ คือ มีความพิการระดับ ๔ และ ระดับ ๕ เท่านั้น)***

ลงชื่อ .....ผู้ยื่นคำขอแทนผู้ขอรับจัดสรร

(.....)

วันที่.....

(ลงชื่อผู้รับรองกรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นผู้ดูแลคนพิการตามข้อ ๔)

ลงชื่อ .....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ผู้รับรอง ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาเขตสมาชิกสภากรุงเทพมหานคร สมาชิกสภาเทศบาล หรือสมาชิกสภาตำบลในเขตภูมิลำเนาของผู้พิการที่ขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ฯ(กรณีผู้ยื่นคำขอตามข้อ ๔)

* โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณาฯ

แผนที่แ ะสภาพพื้นที่โดยรอบที่พัก (ที่อยู่ผู้พิการ)

แผนที่

สภาพที่ ที่โดยรอบที่พักอาศัยหรือบ้านพัก.....

.....

.....

(พร้อมรู ถ่ายสภาพแวดล้อม บริเวณที่พักอาศัยหรือบ้านพักโดยรอบ จำนวน ๒ รูป)

สำหรับเจ้า หน้าที่

ข้ มูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผู้พิการ (บันทึกเพิ่มเติมจากการพูดคุยกับผู้ยื่นคำขอ ในการสอบทานข้อมูลที่กรอกในใบคำขอ และความ ในเพิ่มเติมของผู้รับคำขอ).....

.....

.....

ข้ พเจ้านาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง.....

สำนักงานฯ ส่งจังหวัด.....ได้ตรวจสอบข้อมูลในแบบคำขอครบถ้วนถูกต้อง แล้ว และข เรับรองว่า ( ) เป็นผู้พิการมายื่นคำขอด้วยตนเอง หรือ ( ) เป็นผู้ทำการแทนผู้พิการตามระเบียบฯ ข้อ ๗ จริง

ลงชื่อ.....

(.....**)**

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

* โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณาฯ

เอกสารประกอบการขอรับจัดสรร

๑. ภาพถ่ายสำเนาบัตรประชาชน หรือหลักฐานแสดงตนอื่นใดที่ทางราชการออกให้

๒. ภาพถ่ายสำเนาบัตรประจำตัวผู้พิการ (ถ้ามี) โดยอย่างน้อยต้องมีรายการ ชื่อ ที่อยู่ของผู้พิการ วันที่ออกบัตรและวันหมดอายุ ประเภทหรือลักษณะความพิการ และชื่อผู้ดูแลผู้พิการ (ถ้ามี)

๓. ภาพถ่ายสำเนาทะเบียนบ้าน

๔. รูปถ่ายของผู้พิการและรูปถ่ายอุปกรณ์

- รูปถ่ายของผู้พิการ**ที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะความพิการอย่างชัดเจนในลักษณะแตกต่างกัน** ขนาดไม่น้อยกว่า ๗.๖๐ x ๑๒.๗๐ เซนติเมตร และ**มีอายุไม่เกิน ๖ เดือน จำนวนไม่น้อยกว่า ๓ รูป (โดยลักษณะท่าทางไม่ซ้ำกัน)**
- รูปถ่ายแสดงสภาพอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ขนาดไม่น้อยกว่า ๗.๖๐ x ๑๒.๗๐ เซนติเมตร จำนวน ๑ รูป (ถ้ามีอุปกรณ์)
- รูปถ่ายสภาพแวดล้อม (บริเวณที่พักอาศัยหรือบ้านพักของผู้พิการ) จำนวน ๒ รูป

๕. หลักฐานที่ทางราชการออกให้หรือหลักฐานการขอรับหรือได้รับการชดใช้ค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทประกันภัย หรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยที่สามารถยืนยันหรือบ่งบอกได้ว่าความพิการนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากได้รับอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน

๖. ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐตามแบบที่อธิบดีกรมการขนส่งทางบกกำหนด และในกรณีที่แพทย์สามารถระบุได้ว่าความพิการเกิดมาจากการได้รับอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน สามารถใช้แทนเอกสารในข้อ ๕ ได้

๗. ใบเสนอราคาอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ พร้อมคุณลักษณะ รูปแบบ และรายละเอียดที่ชัดเจน และมีการ**รับประกันสินค้าอย่างน้อย ๑ ปี (เป็นภาษาไทย)**

๘. ภาพถ่ายสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ยื่นทำขอแทน (กรณียื่นคำขอแทน)

๙. หลักฐานที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ยื่นคำขอกับผู้พิการ (กรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม/ ผู้ปกครอง/ผู้อนุบาล/บิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร/พี่/น้อง)

๑๐. ภาพถ่ายสำเนาบัตรประจำตัวที่แสดงถึงตำแหน่งหน้าที่ของผู้รับรอง (กรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นผู้ดูแลตามความเป็นจริง)

หมายเหตุ - ขอรับและจัดส่งแบบคำขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการฯ ได้ที่

- สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก อาคาร ๒ ชั้น ๕ โทร. ๐-๒๒๗๑-๘๗๐๕-๗ หรือโทร ๑๕๘๔
- สำนักงานขนส่งจังหวัดทุกจังหวัดทั่วประเทศ

- ห้ามให้มีการเปลี่ยนแปลงอุปกรณ์และเปลี่ยนแปลงบริษัทตามใบเสนอราคาภายหลังจากคณะอนุกรรมการพิจารณาอนุมัติ หากมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงต้องแจ้งสำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนพิจารณา ภายใน ๑๕ วัน
- หากผู้ได้รับจัดสรรไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขของกรมการขนส่งทางบก ต้องคืนเงินที่ได้รับจัดสรร และหรือชดใช้ค่าเสียหายทั้งหมดที่เกิดขึ้นแก่กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน และยินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

* โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณาฯ

ใบรับรองแพทย์

เพื่อประกอบการขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก

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

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง .....

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

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

ประเภทความพิการ	รายระเอียดลักษณะความพิการ	การเกิดความพิการ	สาเหตุความพิการ
1. การเคลื่อนไหว	☐ พิการอ่อนแรงทั้งตัว ☐ พิการอ่อนแรง ระบุ..... ☐ พิการแขนขาด ระดับ..... ☐ พิการขาขาด ระดับ..... ☐ อื่นๆ ระบุ.....	☐ ตั้งแต่เกิด ☐ ภายหลัง จำนวน..... ปี ..... เดือน	☐ อุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน (ระบุ)..... ..... ☐ พันธุกรรม ☐ โรคติดต่อ ☐ ไม่ทราบสาเหตุ ☐ โรคอื่นๆ (ระบุ).....
2. การได้ยิน	☐ ไม่ได้ยิน.....ข้าง ☐ ได้ยินไม่ชัดเจน.....ข้าง ☐ อื่นๆ ระบุ.....		
3. การมองเห็น	☐ ตาบอด.....ข้าง ☐ ลานสายตา ☐ ตาเห็นเลือนราง		
4. อื่นๆ (ระบุ)			

อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับสภาพความพิการ

๔.๑ ☐ แขนเทียม (ระดับ) .....
๔.๒ ☐ ขาเทียม (ระดับ) .....
๔.๓ ☐ รถนั่งคนพิการชนิดธรรมดา
๔.๔ ☐ รถนั่งคนพิการชนิดไฟฟ้า
๔.๕ ☐ เบาะรองนั่งป้องกันแผลกดทับ
๔.๖ ☐ รถสามล้อโยก
๔.๗ ☐ เตียงนอนแบบธรรมดาพร้อมที่นอนธรรมดา
๔.๘ ☐ ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ
๔.๙ ☐ เครื่องช่วยฟัง
๔.๑๐ ☐ คอมพิวเตอร์ หรืออุปกรณ์คอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการทางสายตา
๔.๑๑ ☐ อื่น ๆ (ระบุ) .....

สรุปการวินิจฉัยโรค (Dx.) ระบุสภาพความพิการโดยละเอียด เป็นภาษาไทย

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตรา

สถานพยาบาลของรัฐ



ระเบียบกรมการขนส่งทางบก
ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการใช้จ่ายเงินเป็นค่าอุปกรณ์
ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน
พ.ศ. ๒๕๕๓

ตามที่กรมการขนส่งทางบกได้ออกระเบียบว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการใช้จ่ายเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน พ.ศ. ๒๕๕๒ ลงวันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๕๒ ไว้แล้ว นั้น

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงระเบียบว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการใช้จ่ายเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน พ.ศ. ๒๕๕๒ เสียใหม่ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น เพื่อให้การใช้จ่ายเงินกองทุนเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ในส่วนที่นอกเหนือจากค่าสินไหมทดแทนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. ๒๕๓๕ เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๖ (๒) แห่งกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการดำรงตำแหน่งและการปฏิบัติหน้าที่กรรมการ การบริหารกองทุนและการใช้จ่ายเงินกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน พ.ศ. ๒๕๔๗ อธิบดีกรมการขนส่งทางบกโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๕๓ เมื่อวันที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๕๓ จึงออกระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า "ระเบียบกรมการขนส่งทางบกว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการใช้จ่ายเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน พ.ศ. ๒๕๕๓"

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกระเบียบกรมการขนส่งทางบกว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการใช้จ่ายเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน พ.ศ. ๒๕๕๒ ลงวันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๕๒

ข้อ ๔ ในระเบียบนี้

"กองทุน" หมายความว่า กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน

"คณะอนุกรรมการ" หมายความว่า คณะอนุกรรมการพิจารณาการขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน

"ผู้พิการ" หมายความว่า คนพิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน

"อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ" หมายความว่า

(๑) แขนเทียม

(๒) ขาเทียม

(๓) รถนั่งสำหรับผู้พิการ

(๔) ไม้เท้าและไม้ค้ำยัน

(๕) อุปกรณ์อื่นที่คณะอนุกรรมการกำหนด

"ผู้ขอรับจัดสรร" หมายความว่า ผู้ขอใช้เงินกองทุนซึ่งเป็นผู้พิการ

"ผู้ได้รับจัดสรร" หมายความว่า ผู้พิการที่ได้รับอนุมัติให้ใช้เงินกองทุน

ข้อ ๕ เงินกองทุนให้ใช้จัดสรรเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ ในส่วนที่นอกเหนือจากค่าสินไหมทดแทนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. ๒๕๓๕

ข้อ ๖ ผู้ขอรับจัดสรรที่มีความประสงค์ขอใช้เงินกองทุนตามข้อ ๕ ให้ยื่นคำขอตามแบบที่อธิบดีกรมการขนส่งทางบกกำหนด ณ สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก หรือสำนักงานขนส่งจังหวัด พร้อมด้วยหลักฐานดังต่อไปนี้

(๑) ภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชน หรือหลักฐานแสดงตนอื่นใดที่ทางราชการออกให้

(๒) ภาพถ่ายบัตรประจำตัวผู้พิการ (ถ้ามี) โดยอย่างน้อยให้มีรายการดังต่อไปนี้

(ก) ชื่อ ที่อยู่ของผู้พิการ

(ข) วันที่ออกบัตรและวันหมดอายุ

(ค) ประเภทหรือลักษณะความพิการ

(ง) ชื่อผู้ดูแลผู้พิการ (ถ้ามี)

(๓) ภาพถ่ายสำเนาทะเบียนบ้าน

(๔) รูปถ่ายของผู้พิการที่แสดงให้เห็นถึงความพิการอย่างชัดเจนในลักษณะที่แตกต่างกัน ขนาดไม่น้อยกว่า ๗.๖๐ x ๑๒.๗๐ เซนติเมตร และมีอายุไม่เกิน ๖ เดือน จำนวนไม่น้อยกว่า ๓ รูป ในกรณีที่ผู้พิการมีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอยู่แล้ว ให้แนบรูปถ่ายอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่มีอยู่ในปัจจุบัน ขนาดไม่น้อยกว่า ๗.๖๐ x ๑๒.๗๐ เซนติเมตร จำนวนไม่น้อยกว่า ๑ รูป

(๕) ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐตามแบบที่อธิบดีกรมการขนส่งทางบกกำหนด

(๖) หลักฐานที่ทางราชการออกให้หรือหลักฐานการขอรับหรือได้รับการชดใช้ค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทประกันภัยหรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย ที่สามารถยืนยันหรือบ่งบอกได้ว่าความพิการนั้นเกิดจากการประสบภัยจากการใช้รถใช้ถนน

(๗) ใบเสนอราคาอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ พร้อมคุณลักษณะ รูปแบบ และรายละเอียดที่ชัดแจ้ง และมีการรับประกันสินค้าอย่างน้อย ๑ ปี

ในกรณีที่หลักฐานตาม (๕) สามารถแสดงได้ว่าความพิการนั้นเกิดจากการประสบภัยจากการใช้รถใช้ถนน ให้ใช้เป็นหลักฐานตาม (๖) ได้ด้วย

ข้อ ๙ การยื่นคำขอตามข้อ ๖ ผู้ขอรับจัดสรรต้องลงลายมือชื่อในคำขอและยื่นคำขอด้วยตนเอง ในกรณีผู้ขอรับจัดสรรไม่สามารถลงลายมือชื่อหรือยื่นคำขอด้วยตนเองได้ ให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งดังต่อไปนี้เป็นผู้ยื่นคำขอแทน

(๑) ผู้ดูแลผู้พิการตามที่ระบุไว้ในบัตรประจำตัวผู้พิการ

(๒) ผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองในกรณีที่ผู้พิการเป็นผู้เยาว์ หรือผู้อนุบาลในกรณีที่ผู้พิการเป็นคนไร้ความสามารถ

(๓) บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน หรือพี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน

(๔) บุคคลที่กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภากรุงเทพมหานคร สมาชิกสภาเขตกรุงเทพมหานคร สมาชิกสภาจังหวัด สมาชิกสภาเทศบาล สมาชิกสภาตำบลในเขตภูมิลำเนาของผู้พิการรับรองว่าเป็นผู้ดูแลผู้พิการตามความเป็นจริง

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

ข้อ ๘ เมื่อสำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน หรือสำนักงานขนส่งจังหวัดรับคำขอแล้ว ให้ดำเนินการดังนี้

(๑) ตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของคำขอและเอกสารประกอบคำขอ

(ก) กรณีที่เป็นบุคคลตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๗ และคำขอ พร้อมทั้งเอกสารประกอบคำขอ มีความครบถ้วนถูกต้องให้ลงรับคำขอ

(ข) กรณีที่ไม่ใช่บุคคลตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๗ ให้ชี้แจงรายละเอียดการดำเนินการที่ถูกต้องให้ผู้ยื่นคำขอทราบและคืนคำขอให้ผู้ยื่นคำขอไปดำเนินการให้ครบถ้วนถูกต้อง

(ค) กรณีที่คำขอหรือเอกสารประกอบคำขอไม่ครบถ้วนถูกต้อง ให้ผู้ยื่นคำขอดำเนินการ แก้ไขให้ครบถ้วนถูกต้อง เมื่อเห็นว่าครบถ้วนถูกต้องแล้วให้ลงรับคำขอ ในกรณีที่เห็นว่าไม่สามารถดำเนินการให้ถูกต้องครบถ้วนได้ ให้ชี้แจงรายละเอียดการดำเนินการที่ถูกต้องให้ผู้ยื่นคำขอทราบและคืนคำขอให้ผู้ยื่นคำขอไปดำเนินการให้ครบถ้วนถูกต้อง

(๒) ในกรณีที่สำนักงานขนส่งจังหวัดเป็นผู้รับคำขอ เมื่อดำเนินการตาม (๑) แล้วให้จัดส่งคำขอพร้อมเอกสารประกอบคำขอให้สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน ภายใน ๑๕ วัน นับแต่วันรับคำขอ

ข้อ ๙ ให้คณะอนุกรรมการมีอำนาจอนุมัติเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการในวงเงินครั้งละไม่เกินหนึ่งแสนบาทต่อราย

ในการพิจารณาจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ คณะอนุกรรมการอาจมอบหมายบุคคลหรือคณะบุคคลทำหน้าที่กลั่นกรองการขอรับจัดสรร ตรวจสอบการจัดซื้อจัดจ้างหรือตรวจติดตามการใช้งานของอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ได้รับอนุมัติ

ข้อ ๑๐ การจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการให้พิจารณาแก่ผู้พิการที่ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากกองทุนนี้มาก่อน หรือเคยได้รับความช่วยเหลือจากกองทุนนี้มาแล้วไม่น้อยกว่า ๕ ปี โดยเกณฑ์การพิจารณาให้คำนึงถึงองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

(๑) การเป็นผู้ใช้รถใช้ถนนโดยถูกต้อง

(๒) ลักษณะหรือสภาพความพิการ

(๓) ความจำเป็นที่ต้องมีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ

(๔) ประโยชน์จากการนำอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการไปใช้

(๕) ความเหมาะสมของอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ขอรับจัดสรร

(๖) กรณีอื่นตามที่คณะอนุกรรมการกำหนด

ข้อ ๑๑ ในกรณีที่คณะอนุกรรมการ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากคณะอนุกรรมการพิจารณาคำขอรับจัดสรรแล้วเห็นว่า มีความจำเป็นต้องทราบข้อเท็จจริงเพิ่มเติม ผู้ขอรับจัดสรรต้องให้ความร่วมมือในการชี้แจงข้อเท็จจริง หรือส่งเอกสารเพิ่มเติมให้แก่คณะอนุกรรมการ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากคณะอนุกรรมการ

ข้อ ๑๒ ในกรณีที่คณะอนุกรรมการพิจารณาคำขอรับจัดสรรแล้วเห็นว่า อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ขอนั้นไม่เหมาะสมกับสภาพความพิการ หรือไม่เหมาะสมกับสภาพการใช้งานของผู้พิการ ให้คณะอนุกรรมการมีอำนาจพิจารณาอนุมัติเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการตามความเหมาะสมได้

ข้อ ๑๓ เมื่อคณะอนุกรรมการมีมติประการใดให้ถือเป็นที่สุดและให้สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนมีหนังสือแจ้งผู้ขอรับจัดสรรทราบภายใน ๓๐ วันนับแต่วันมีมติ

ให้ผู้ได้รับจัดสรรติดต่อสำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน หรือสำนักงานขนส่งจังหวัดที่ยื่นคำขอภายใน ๖๐ วันนับแต่วันได้รับหนังสือแจ้งมติอนุมัติ เพื่อกำหนด วัน เวลา และสถานที่รับเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ

ข้อ ๑๔ ผู้ได้รับจัดสรรต้องยินยอมให้คณะอนุกรรมการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากคณะอนุกรรมการเข้าไปตรวจสอบหรือตรวจติดตาม

(๑) การจัดซื้อหรือจัดจ้างอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการตามที่ได้รับอนุมัติ

(๒) การใช้งานของอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ได้รับอนุมัติ

ข้อ ๑๕ ในการจ่ายเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการให้จ่ายเป็นเงินสด หรือเช็ค ตามจำนวนเงินที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินวงเงินที่ได้รับอนุมัติจากคณะอนุกรรมการ โดยผู้ได้รับจัดสรรต้องนำใบเสร็จรับเงินหรือหลักฐานการแจ้งหนี้พร้อมอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ได้รับอนุมัติให้จัดซื้อหรือจัดจ้างมาแสดงต่อคณะอนุกรรมการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากคณะอนุกรรมการภายใน ๑๒๐ วันนับแต่วันได้รับหนังสือแจ้งมติอนุมัติ

ข้อ ๑๖ อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการบางประเภทที่ได้รับอนุมัติ ให้ติดเครื่องหมาย ตรา สัญลักษณ์หรือข้อความอื่นใด ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ ที่คณะอนุกรรมการกำหนด

ข้อ ๑๗ ในกรณีที่ผู้ได้รับจัดสรรไม่ดำเนินการดังต่อไปนี้ ให้ถือว่าคำอนุมัติเป็นอันสิ้นผล

(๑) ไม่ติดต่อสำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนหรือสำนักงานขนส่งจังหวัดที่ยื่นคำขอภายใน ๖๐ วันนับแต่วันได้รับหนังสือแจ้งมติอนุมัติ

(๒) ไม่ยินยอมให้คณะอนุกรรมการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากคณะอนุกรรมการเข้าไปตรวจสอบการจัดซื้อหรือจัดจ้างตามที่ได้รับอนุมัติ

(๓) ไม่นำใบเสร็จรับเงินหรือหลักฐานการแจ้งหนี้พร้อมอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ได้รับอนุมัติให้จัดซื้อหรือจัดจ้างมาแสดงต่อคณะอนุกรรมการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากคณะอนุกรรมการภายใน ๑๒๐ วันนับแต่วันได้รับหนังสือแจ้งมติอนุมัติ

ข้อ ๑๘ ภายในกำหนดระยะเวลา ๕ ปี ห้ามผู้ได้รับจัดสรรนำอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ได้รับอนุมัติไปจำหน่าย จ่าย แจก หรือให้บุคคลอื่น ในกรณีที่พบว่าผู้ได้รับจัดสรรนำอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการไปจำหน่าย จ่าย แจก หรือให้บุคคลอื่น ให้สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนเรียกอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการดังกล่าวคืน

ในกรณีที่สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนเรียกอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการคืนตามวรรคหนึ่งแล้วไม่ได้รับอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการคืน ให้รายงานคณะอนุกรรมการเพื่อดำเนินการตามควรแก่กรณี

ข้อ ๑๙ กรณีมีปัญหาในการปฏิบัติตามระเบียบนี้ ให้อธิบดีกรมการขนส่งทางบกเป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาด คำวินิจฉัยดังกล่าวให้ถือเป็นที่สุด

ข้อ ๒๐ วิธีปฏิบัตินอกจากที่กำหนดไว้แล้วในระเบียบนี้ ให้ปฏิบัติตามระเบียบแบบแผนของทางราชการโดยอนุโลม

ข้อ ๒๑ ให้อธิบดีกรมการขนส่งทางบกรักษาการตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๓

(นายชัยรัตน์ สงวนชื่อ)
อธิบดีกรมการขนส่งทางบก