



แบบคำขอ

การขอรับจัดสรรเงินจากกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.)
สำหรับเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน

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.....

1. 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

ก่อนพิการ.....บาท ปัจจุบัน.....บาท

ภาระหน้าที่ในครอบครัว ก่อนพิการ เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว ไม่ได้เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว

ปัจจุบัน เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว ไม่ได้เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว

2. ข้อมูลเพื่อการขอรับจัดสรร

อธิบายลักษณะของการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งส่งผลให้เกิดความพิการในปัจจุบันโดยละเอียด.....

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



การได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น

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

วัตถุประสงค์การใช้ประโยชน์จากอุปกรณ์ที่ขอรับจัดสรร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

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

กรณาระบุหรือบรรยายการใช้ประโยชน์จากอุปกรณ์ที่ขอรับจัดสรร พอสังเขป

.....

.....

3. ข้อมูลอุปกรณ์ที่ขอรับจัดสรร (เลือกอุปกรณ์จากคู่มือกำหนดคุณลักษณะอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการของ กรมการขนส่งทางบก) ขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ ดังนี้

3.1 แขนเทียม

- แขนเทียมระดับใต้ศอก
- แขนเทียมระดับเหนือศอก
- แขนเทียมระดับข้อไหล่

3.2 ขาเทียม

- ขาเทียมระดับใต้เข่า
- ขาเทียมระดับข้อเข่า มีโรเตเตอร์ ไม่มีโรเตเตอร์
- ขาเทียมระดับเหนือเข่า มีโรเตเตอร์ ไม่มีโรเตเตอร์
- ขาเทียมระดับสะโพก

3.3 กายอุปกรณ์เสริม (โลหะตามขา)

- โลหะตามขาชนิดสั้น
- โลหะตามขาชนิดยาว

3.4 รถนั่งสำหรับผู้พิการ

- รถสามล้อโยก
- รถนั่งธรรมดา Standard Independent
 Reclining
- รถนั่งไฟฟ้า (Power Wheelchair)

3.5 เบาะรองนั่งป้องกันแผลกดทับ

3.6 เครื่องดูดเสมหะ

3.7 เครื่องผลิตออกซิเจน

3.8 ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ

3.9 เตียงนอนธรรมดาชนิด 3 ไก

รหัสอุปกรณ์	สำหรับเจ้าหน้าที่
.....	ราคา.....บาท
.....	ราคา.....บาท
.....	ราคา.....บาท
.....	ราคา.....บาท
.....	ราคา.....บาท
.....	ราคา.....บาท
.....	ราคา.....บาท
.....	ราคา.....บาท
.....	ราคา.....บาท
.....	ราคา.....บาท
.....	ราคา.....บาท
.....	ราคา.....บาท
.....	ราคา.....บาท
.....	ราคา.....บาท
.....	ราคา.....บาท
.....	ราคา.....บาท
รวมราคาอุปกรณ์	

**4. ข้อมูลของอุปกรณ์ขณะขอรับการจัดสรร**

ปัจจุบันท่านมีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอยู่หรือไม่

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และเป็นการขอรับการช่วยเหลือในส่วนที่นอกเหนือจากค่าสินไหมทดแทนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 หากเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบตามกฎหมายทุกประการ และเมื่อได้รับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือแล้ว ถ้าข้าพเจ้าไม่นำเงินไปซื้อหรือจ้างทำอุปกรณ์ช่วยเหลือ หรือนำอุปกรณ์ช่วยเหลือไปจำหน่าย จ่าย แจก ให้บุคคลอื่น ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินที่ได้รับ รวมทั้งชดใช้ค่าเสียหายทั้งหมดที่เกิดขึ้นแก่กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนหากไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขดังกล่าว และตัดสิทธิ์ที่จะขอรับจัดสรรใหม่

ลงชื่อ ผู้ขอรับจัดสรร

(.....)

วันที่

หมายเหตุ กรณีที่ผู้พิการไม่สามารถลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือได้ ให้ผู้ยื่นคำขอแทน เป็นผู้ลงลายมือชื่อแทนผู้ขอรับจัดสรร

กรณียื่นคำขอแทนผู้ขอรับจัดสรร**(ยื่นคำขอแทนผู้พิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ คือ มีความพิการระดับ 4 และ ระดับ 5 เท่านั้น)**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และเป็นการขอรับการช่วยเหลือในส่วนที่นอกเหนือจากค่าสินไหมทดแทนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 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 2 รูป กรณีจอดรถนั่งไฟฟ้า)

สำหรับเจ้าหน้าที่

- ผู้ขอรับจัดสรรยื่นแบบคำขอด้วยตนเอง
- ผู้ยื่นคำขอแทนผู้พิการ (ตามระเบียบกรมฯ กรณีผู้พิการไม่สามารถลงลายมือชื่อหรือไม่สามารถยื่นคำขอด้วยตนเอง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ คือ มีความพิการระดับ 4 หรือระดับ 5 เท่านั้น)

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

ความเกี่ยวข้องกับผู้พิการ 1. ผู้ดูแลคนพิการตามที่ระบุไว้ในบัตรประจำตัวคนพิการ 2. ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง/ผู้อนุบาล 3.ญาติใกล้ชิด (พ่อ /แม่ /สามี /ภรรยา /บุตร /พี่ /น้อง) 4. ผู้ดูแลผู้พิการตามความเป็นจริง ซึ่งมี นาย/นาง/นางสาว..... เป็นผู้รับรอง

ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผู้พิการ (บันทึกเพิ่มเติมจากการพูดคุยกับผู้ยื่นคำขอ ในการสอบถามข้อมูลที่กรอกในแบบคำขอ และความเห็นเพิ่มเติมของผู้รับคำขอ)

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

สำนักงานขนส่งจังหวัด..... ได้ตรวจสอบข้อมูลในแบบคำขอครบถ้วนถูกต้อง

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....



เอกสารประกอบการขอรับจัดสรร

- 1) ภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชน หรือหลักฐานแสดงตนอื่นใดที่ทางราชการออกให้
- 2) ภาพถ่ายบัตรประจำตัวผู้พิการ (ถ้ามี) โดยอย่างน้อยให้มีรายการ ชื่อ ที่อยู่ของผู้พิการ วันที่ออกบัตรและวันหมดอายุ ประเภทหรือลักษณะความพิการ และชื่อผู้ดูแลผู้พิการ
- 3) ภาพถ่ายสำเนาทะเบียนบ้าน
- 4) รูปถ่ายของผู้พิการ
 - รูปถ่ายของผู้พิการที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะความพิการอย่างชัดเจนในลักษณะแตกต่างกันขนาดไม่น้อยกว่า 3 x 5 นิ้ว และมีอายุไม่เกิน 6 เดือน อย่างน้อยจำนวน 3 รูป (โดยลักษณะท่าทางไม่ซ้ำกัน)
- 5) รูปถ่ายแสดงสภาพอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (ถ้ามีอุปกรณ์) ขนาดรูปไม่น้อยกว่า 3 x 5 นิ้ว อย่างน้อยจำนวน 1 รูป
- 6) รูปถ่ายสภาพแวดล้อม (บริเวณที่พักอาศัยหรือบ้านพักของผู้พิการ) ขนาดรูปไม่น้อยกว่า 3 x 5 นิ้ว อย่างน้อยจำนวน 2 รูป
- 7) ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐ จากมติคณะอนุกรรมการพิจารณาการขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ในการประชุมครั้งที่ 2 / 2561 วันที่ 23 มีนาคม 2561 ตามแบบที่อธิบดีกรมการขนส่งทางบกกำหนด
- 8) ประวัติทางการแพทย์จากทะเบียนผู้ป่วย (OPD Card) หรือหลักฐานที่ทางราชการออกให้ หรือหลักฐานการขอรับหรือได้รับการชดเช้ค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทประกันภัย หรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยที่สามารถยืนยันหรือบ่งบอกได้ว่าความพิการนั้นเกิดจากอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน ในกรณีที่หลักฐานตาม 7) มีการยืนยันหรือระบุโดยแพทย์ไว้อย่างชัดเจนว่า ความพิการของผู้ขอรับจัดสรรมีสาเหตุมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ให้ใช้เป็นหลักฐานตาม 8) ได้ด้วย
- 9) ใบประกาศนียบัตร หรือหนังสือแต่งตั้ง หรือหนังสือชมเชย หรือภาพถ่าย หรือหลักฐานอื่นๆ ที่สามารถแสดงให้เห็นว่าเป็นผู้ช่วยเหลือสังคม หรือทำคุณประโยชน์แก่สังคม (กรณีใช้ประโยชน์จากอุปกรณ์ที่ขอรับจัดสรรเพื่อการช่วยเหลือสังคม หรือทำคุณประโยชน์แก่สังคม)
- 10) ภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนผู้ยื่นคำขอแทน (กรณียื่นคำขอแทน)
- 11) หลักฐานที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ยื่นคำขอกับผู้พิการ (กรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม/ ผู้ปกครอง/ผู้อนุบาล/บิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร/พี่/น้อง)
- 12) หนังสือรับรองจากหน่วยงานที่รับรองว่าเป็นผู้ดูแลผู้พิการ (กรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นผู้ดูแลตามความเป็นจริง)

หมายเหตุ 1. ผู้สนใจสามารถเลือกอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการจากคู่มือกำหนดคุณลักษณะอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการของกรมการขนส่งทางบก ได้จากสำนักงานที่ยื่นคำขอ หรือเว็บไซต์ www.dlt.go.th และ www.roadsafefund.com (ที่เมนูคู่มืออุปกรณ์ผู้พิการฯ) และสามารถขอรับแบบคำขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการฯ และจัดส่งแบบคำขอฯได้ที่

- สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก อาคาร ๒ ชั้น ๕ โทร. 0-2271-8888 ต่อ 2511 - 2515 หรือโทร 1584
- สำนักงานขนส่งจังหวัดทุกจังหวัดทั่วประเทศ โทร. 1584

2. ภายหลังจากการแจ้งผลได้รับพิจารณาอนุมัติจัดสรรฯ จากคณะอนุกรรมการฯ หากมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงอุปกรณ์ ต้องแจ้งสำนักงานขนส่งจังหวัด หรือ สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนพิจารณาภายใน 15 วัน

3. หากผู้ได้รับจัดสรรไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขของกรมการขนส่งทางบก ต้องคืนเงินที่ได้รับจัดสรร และหรือชดเช้ค่าเสียหายทั้งหมดที่เกิดขึ้นแก่กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน และยินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย