



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 และสภาพการ  
ใช้งานของผู้พิการเป็นราย 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 ให้แนบรูปถ่ายอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่มีอยู่ในปัจจุบัน ขนาดไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว อย่างน้อยจำนวน ๑ รูป มาด้วย

ในกรณีขออุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการเป็นรถนั่งไฟฟ้าสำหรับคนพิการต้องแนบรูปถ่ายสภาพพื้นที่บริเวณที่พักอาศัยหรือบ้านพักโดยรอบ 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](http://www.roadsafefund.com) [www.tabienrod.com](http://www.tabienrod.com) และ [www.dlt.go.th](http://www.dlt.go.th) ทั้งนี้ อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการดังกล่าวต้องเป็นอุปกรณ์ที่แพทย์ระบุใบรับรองแพทย์ตามข้อ ๓ (๕) ว่าเหมาะสมกับผู้พิการ

๕. คำขอและวิธีการยื่นคำขอ

ผู้ขอรับจัดสรรต้องลงลายมือชื่อในคำขอและยื่นคำขอด้วยตนเอง ในกรณีที่ผู้ขอรับจัดสรรไม่สามารถลงลายมือชื่อหรือยื่นคำขอด้วยตนเองได้ ให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งดังต่อไปนี้เป็นผู้ยื่นคำขอแทน

(๑) ผู้ดูแลผู้พิการตามที่ระบุไว้ในบัตรประจำตัวผู้พิการ

(๒) ผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองในกรณีที่ผู้พิการเป็นผู้เยาว์ หรือผู้อนุบาลในกรณีที่ผู้พิการเป็นคนไร้ความสามารถ

(๓) บิดา มารดา สามีนี ภรรยา 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) กรณีอื่นตามที่คณะกรรมการกำหนด

๘. การอนุมัติเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ

เมื่อคณะกรรมการมีมติประกาศรายชื่อผู้ได้รับจัดสรรให้ถือเป็นที่สุด 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 หรือหลักฐานการแจ้งหนี้พร้อมอุปกรณ์ ช่วยเหลือผู้พิการที่ได้รับอนุมัติให้จัดซื้อหรือจัดจ้างมาแสดงต่อคณะกรรมการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการภายใน ๑๒๐ วัน นับแต่วันที่รับหนังสือแจ้งอนุมัติ

๑๐. เงื่อนไขที่ผู้ได้รับจัดสรรต้องดำเนินการ หากไม่ดำเนินการภายในเวลาที่กำหนดจะถือว่าการอนุมัติจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการเป็นอันสิ้นสุด

(๑) ต้องติดต่อสำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน สำนักมาตรฐานงานทะเบียนและภาษีรถ หรือสำนักงานขนส่งจังหวัดที่ยื่นคำขอ ภายใน ๖๐ วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งมติอนุมัติ

(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 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.roadsafefund.com](http://www.roadsafefund.com) [www.tabienrod.com](http://www.tabienrod.com) และ [www.dlt.go.th](http://www.dlt.go.th)

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๐



(นายสนธิ 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

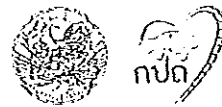
ปัจจุบัน  เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว  ไม่ได้เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว

### ๒. ข้อมูลเพื่อการขอรับจัดสรร

อธิบายลักษณะของการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งส่งผลให้เกิดความพิการในปัจจุบันโดยละเอียด.....

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





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.....



แผนที่และสภาพพื้นที่โดยรอบที่พังกาศัยหรือบ้านพัก(ที่อยู่ผู้พิการ)

แผนที่

สภาพพื้นที่โดยรอบที่พังกาศัยหรือบ้านพัก

(พร้อมรูปถ่ายสภาพแวดล้อม บริเวณที่พังกาศัยหรือบ้านพักโดยรอบ 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
  - รูปถ่ายของผู้พิการที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะความพิการอย่างชัดเจนในลักษณะแตกต่างกันขนาด ไม่น้อยกว่า 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 หรือหลักฐานการขอรับหรือได้รับการชดเชยค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทประกันภัย หรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยที่สามารถยืนยันหรือบ่งบอกได้ว่าความพิการนั้นเกิดจากอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน ในกรณีหลักฐานตาม 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](http://www.dlt.go.th), [www.roadsafefund.com](http://www.roadsafefund.com) และ [www.tabienrod.com](http://www.tabienrod.com) (ที่เมนูคู่มืออุปกรณ์ผู้พิการฯ) และสามารถขอรับแบบคำขอรับจัดสรรเงินเป็นคำอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการฯ และจัดส่งแบบคำขอได้ที่

- สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก อาคาร ๒ ชั้น ๕ โทร. ๐-๒๒๗๑-๘๘๘๘ ต่อ ๒๕๑๑ - ๒๕๑๕ หรือโทร ๑๕๘๔
- สำนักงานขนส่งจังหวัดทุกจังหวัดทั่วประเทศ โทร. ๑๕๘๔

๒. ภายหลังจากรับการแจ้งผลได้รับพิจารณาอนุมัติจัดสรรฯ จากคณะอนุกรรมการฯ หากมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงอุปกรณ์ ต้องแจ้งสำนักงานขนส่งจังหวัด หรือ สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนพิจารณาภายใน ๑๕ วัน

๓. หากผู้ได้รับจัดสรรไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขของกรมการขนส่งทางบก ต้องคืนเงินที่ได้รับจัดสรร และหรือชดเชยค่าเสียหายทั้งหมดที่เกิดขึ้นแก่กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน และยินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย



# ใบรับรองแพทย์



เฉพาะด้านกายอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการ ประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหว  
เพื่อประกอบการขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน  
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"/> ทิการอ่อนแรงทั้งตัว <input type="checkbox"/> ทิการอ่อนแรง ระบุ..... <input type="checkbox"/> ทิการแขนขา ระดับ..... <input type="checkbox"/> ทิการขา 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.....

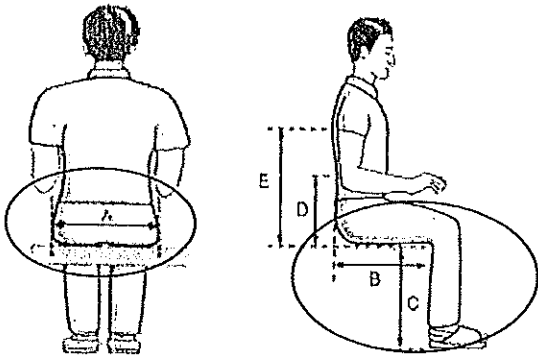
ประทับตรา  
สถานพยาบาลของรัฐ

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 = จากขอบบนของเบาะรองนั่งถึงพื้น กรณีคนพิการใช้เท้าเข็นรถ	
		ขวา		



2. ลักษณะที่จำเป็นของรถนั่งคนพิการ ที่เหมาะสมสำหรับคนพิการรายนี้

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

.....

.....

.....

.....

(.....) ผู้ประเมิน

..... ตำแหน่ง

...../...../..... (วันที่ประเมิน)

ประทับตรา  
สถานพยาบาลของรัฐ