



กรมการขนส่งทางบก

กรมการขนส่งทางบก

กรมส่งเสริมความเสมอภาค
และสังคม

กรมการขนส่งทางบก

สำนักงานส่งเสริม
การขนส่งทางบก

กรมการขนส่งทางบก

กรมการขนส่งทางบก เปิดรับคำขอรับจัดสรรเงิน

เป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจาก
การประสพภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน

เปิดรับคำขอตั้งแต่วันที่ 17 พฤษภาคม 2565

สถานที่ยื่นคำขอ

ผู้พิการที่จะขอรับอุปกรณ์ให้ยื่นคำขอตามแบบที่กรมการขนส่งทางบกกำหนดโดยในกรุงเทพมหานครให้ยื่น ณ สำนักมาตรฐานงานทะเบียนและภาษีรถ หรือในจังหวัดอื่นนอกจากกรุงเทพมหานคร ให้ยื่น ณ สำนักงานขนส่งจังหวัด
ที่ผู้พิการมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ พร้อมด้วยเอกสารหลักฐาน
ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปจนถึงวันที่ 17 พฤษภาคม 2565 ในวันและเวลาราชการ

การยื่นคำขอ

1. ขอรับแบบคำขอได้ที่ www.dlt.go.th หรือ www.roadsafefund.com และกรมการขนส่งทางบก
2. กรอกข้อมูลในแบบคำขอให้ละเอียดครบถ้วนถูกต้องทุกส่วนพร้อมแนบเอกสารหลักฐานประกอบ

คุณสมบัติ

- ต้องเป็นผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสพภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน
1. เป็นผู้พิการที่ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากกองทุนหรือหน่วยงานอื่น
 2. เป็นผู้พิการที่เคยได้รับความช่วยเหลือจากกองทุนหรือหน่วยงานอื่นมาแล้วเกินกว่า 3 ปี นับถึงวันที่ยื่นคำขอ เว้นแต่เป็นอุปกรณ์คนละประเภทกับที่เคยได้รับความช่วยเหลือ
 3. เป็นผู้ไม่เคยฝ่าฝืนเงื่อนไขของกรมการขนส่งทางบกเกี่ยวกับการจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ



เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

ผู้ขอรับจัดสรรฯ ต้องยื่นคำขอตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้ พร้อมด้วยหลักฐานดังต่อไปนี้

- (1) บัตรประจำตัวประชาชน หรือหลักฐานแสดงตนอื่นใดที่ทางราชการออกให้
- (2) บัตรประจำตัวผู้พิการ (ถ้ามี) โดยอย่างน้อยต้องมีรายการ ชื่อ ที่อยู่ของผู้พิการ วันที่ออกบัตร และวันหมดอายุ ประเภทหรือลักษณะความพิการ และชื่อผู้ดูแลผู้พิการ

- (3) รูปถ่ายของผู้พิการ
 - รูปถ่ายของผู้พิการที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะความพิการอย่างชัดเจนในลักษณะแตกต่างกันขนาดไม่น้อยกว่า 3 x 5 นิ้ว ที่ถ่ายมาแล้วไม่เกิน 3 เดือน อย่างน้อยจำนวน 3 รูป (โดยลักษณะท่าทางไม่ซ้ำกัน)
- (4) รูปถ่ายแสดงสภาพอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่มีอยู่ในปัจจุบัน (ถ้ามีอุปกรณ์) ขนาดรูปไม่น้อยกว่า 3 x 5 นิ้ว อย่างน้อยจำนวน 1 รูป
- (5) รูปถ่ายสภาพแวดล้อม (บริเวณที่พักอาศัยหรือบ้านพักของผู้พิการ) ขนาดรูปไม่น้อยกว่า 3 x 5 นิ้ว อย่างน้อยจำนวน 2 รูป (กรณีผู้พิการขออุปกรณ์เป็นรถนั่งไฟฟ้า)
- (6) ประวัติทางการแพทย์จากทะเบียนผู้ป่วย (OPD Card) หรือหลักฐานที่ทางราชการออกให้ หรือหลักฐานการขอรับ หรือได้รับการลดหย่อนค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทประกันภัยหรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยที่สามารถยืนยัน หรือบ่งบอกได้ว่าความพิการนั้นเกิดจากอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน

กรณีผู้ขอรับจัดสรรฯ ไม่มีเอกสารหลักฐานตาม (6) หากมีเอกสารหลักฐานยืนยันหรือระบุโดยแพทย์และมีตราประทับของสถานพยาบาลไว้อย่างชัดเจนว่า ความพิการของผู้พิการมีสาเหตุมาจากการประสพภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ให้สามารถใช้เป็นหลักฐานตาม (6) ได้ด้วย



สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม โทร. 1584
หรือ 02-271-8888 ต่อ 2511 - 2515
ดาวน์โหลดเอกสารได้ที่ www.dlt.go.th หรือ www.roadsafefund.com

“ผู้พิการทุกคน
มีสิทธิเช่นเดียวกับทุกคน”





โรงพยาบาลหลังสวน
 เลขที่รับ 908
 วันที่ ๑๙ เม.ย. ๒๕๖๕
 เวลา 8.23
 ผู้รับหนังสือ จม2

ที่ ขพ ๐๐๑๒/ ๖.๒๕

สำนักงานขนส่งจังหวัดชุมพร
อำเภอเมือง ขพ. ๘๖๐๐๐

๑๑ เมษายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์การขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลังสวน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศกรมการขนส่งทางบก ลงวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๕ จำนวน ๑ ชุด


ด้วยคณะกรรมการกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน ได้กำหนดเปิดรับคำขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ ซึ่งเป็นการจัดสรรเงินสำหรับเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยจากการใช้รถใช้ถนน ในส่วนที่นอกเหนือจากค่าสินไหมทดแทนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.๒๕๓๕ โดยกำหนดเปิดรับคำขอ ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๕ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

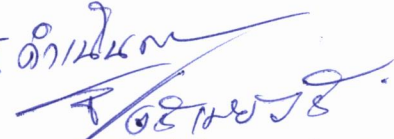
ดังนั้น เพื่อให้การจัดสรรเงินกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนสำหรับเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนนเป็นไปอย่างทั่วถึง จึงขอความร่วมมือจากท่านประชาสัมพันธ์ประกาศดังกล่าว ให้ผู้ที่ประสงค์จะขอรับความช่วยเหลือสามารถยื่นคำขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการได้ที่สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก หรือสำนักงานขนส่งจังหวัดทั่วประเทศ ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๕ สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่โทรศัพท์หมายเลข ๐ ๒๒๗๑ ๘๘๘๘ ต่อ ๒๕๑๑ - ๒๕๑๕ หรือ โทร ๑๕๘๔ ในวันและเวลาราชการ หรือดูรายละเอียดได้ทางเว็บไซต์ www.dlt.go.th หรือ www.roadsafefund.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลังสวน
 - สำนักงานขนส่งจังหวัดชุมพร
ภาคความร่วมมือภาคภาคพื้นที่ทั้งการขอรับ
จัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่อง
มาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถ
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕
 - จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา
 กลุ่มวิชาการขนส่ง

ขอแสดงความนับถือ


 (นายเลิศสกุล นาเจริญ)
 ขนส่งจังหวัดชุมพร

โทร. ๐-๗๗๖๕-๘๒๖๔
 - ที่เลข ๑๐๖ ไอที. ดำเนิน

 วิทยาลัยการขนส่งทางบก

"เป็นองค์กรแห่งนวัตกรรมในการควบคุม กำกับ ดูแล ระบบการขนส่งทางถนน ให้มีคุณภาพและปลอดภัย"



ประกาศกรมการขนส่งทางบก

เรื่อง การขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

เพื่อให้การจัดสรรเงินกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน สำหรับเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน เป็นไปด้วยความเรียบร้อย ตามวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุน อธิบดีกรมการขนส่งทางบกจึงออกประกาศรับคำขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ไว้ดังต่อไปนี้

๑. คุณสมบัติของผู้ขอรับจัดสรรอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ

- (๑) เป็นผู้พิการที่ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากกองทุนหรือหน่วยงานอื่น
- (๒) เป็นผู้พิการที่เคยได้รับความช่วยเหลือจากกองทุนหรือหน่วยงานอื่นมาแล้วเกินกว่า ๓ ปี นับถึงวันที่ยื่นคำขอ เว้นแต่เป็นอุปกรณ์คนละประเภทกับที่เคยได้รับความช่วยเหลือ
- (๓) เป็นผู้ไม่เคยฝ่าฝืนเงื่อนไขของกรมการขนส่งทางบกเกี่ยวกับการจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ

๒. คุณลักษณะของอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการฯ ต้องเป็นอุปกรณ์ตามบัญชีรายละเอียดคุณลักษณะและราคาที่กำหนดไว้ในบัญชีรายละเอียดคุณลักษณะและราคาที่ตั้งสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ หรือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด
กรณีเป็นอุปกรณ์นอกบัญชีของทั้งสองหน่วยงานข้างต้นให้ปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ และระเบียบราชการที่เกี่ยวข้อง

๓. เอกสารประกอบคำขอ

ผู้ขอรับจัดสรรฯ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกรมการขนส่งทางบกว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการใช้จ่ายเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน พ.ศ. ๒๕๖๔ กำหนด โดยต้องยื่นคำขอตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้ พร้อมด้วยหลักฐานดังต่อไปนี้

- (๑) บัตรประจำตัวประชาชน หรือหลักฐานแสดงตนอื่นใดที่ทางราชการออกให้
- (๒) บัตรประจำตัวผู้พิการ (ถ้ามี) โดยอย่างน้อยให้มีรายการ ชื่อ ที่อยู่ของผู้พิการ วันที่ออกบัตร และวันหมดอายุ ประเภทหรือลักษณะความพิการ และชื่อผู้ดูแลผู้พิการ
- (๓) รูปถ่ายของผู้พิการ
- รูปถ่ายของผู้พิการที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะความพิการอย่างชัดเจนในลักษณะแตกต่างกัน ขนาดไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว ที่ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๓ เดือน อย่างน้อยจำนวน ๓ รูป (โดยลักษณะท่าทางไม่ซ้ำกัน)
- (๔) รูปถ่ายแสดงสภาพอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (ถ้ามีอุปกรณ์) ขนาดรูปไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว อย่างน้อยจำนวน ๑ รูป

/(๕) รูปถ่าย...

(๕) รูปถ่ายสภาพแวดล้อม (บริเวณที่พักอาศัยหรือบ้านพักของผู้พิการ) ขนาดรูปไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว อย่างน้อยจำนวน ๒ รูป (กรณีที่ผู้พิการขออุปกรณ์เป็นรถนั่งไฟฟ้า)

(๖) ประวัติทางการแพทย์จากทะเบียนผู้ป่วย (OPD Card) หรือหลักฐานที่ทางราชการออกให้ หรือหลักฐานการขอรับหรือได้รับการชดเชยค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทประกันภัยหรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยที่สามารถยืนยันหรือบ่งบอกได้ว่าความพิการนั้นเกิดจากอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน

กรณีที่ไม่มีเอกสารหลักฐานตาม (๖) หากมีเอกสารหลักฐานยืนยันหรือระบุโดยแพทย์และมีตราประทับของสถานพยาบาลไว้อย่างชัดเจนว่า ความพิการของผู้พิการมีสาเหตุมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ให้สามารถใช้เป็นหลักฐานตาม (๖) ได้ด้วย

(๗) ใบประกาศนียบัตร หรือหนังสือแต่งตั้ง หรือหนังสือชมเชย หรือภาพถ่าย หรือหลักฐานอื่นๆ ที่สามารถแสดงให้เห็นว่าเป็นผู้ช่วยเหลือสังคม หรือทำคุณประโยชน์แก่สังคม (กรณีใช้ประโยชน์จากอุปกรณ์ที่ขอรับจัดสรรเพื่อการช่วยเหลือสังคม หรือทำคุณประโยชน์แก่สังคม)

(๘) ภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนผู้ยื่นคำขอแทน (กรณียื่นคำขอแทน)

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

(๑๐) หนังสือรับรองจากหน่วยงานที่รับรองว่าเป็นผู้ดูแลผู้พิการ (กรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นผู้ดูแลตามความเป็นจริง)

๔. คำขอและวิธีการยื่นคำขอ

ผู้ขอรับจัดสรรต้องลงลายมือชื่อในคำขอและยื่นคำขอด้วยตนเอง ในกรณีผู้ขอรับจัดสรรไม่สามารถลงลายมือชื่อหรือยื่นคำขอด้วยตนเองได้ ให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งดังต่อไปนี้เป็นผู้ยื่นคำขอแทน

(๑) ผู้ดูแลผู้พิการตามที่ระบุไว้ในบัตรประจำตัวผู้พิการ หรือตามที่ระบุไว้ในหนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ

(๒) ผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองในกรณีที่ผู้พิการเป็นผู้เยาว์ หรือผู้พิทักษ์ในกรณีที่ผู้พิการเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ หรือผู้อนุบาลในกรณีที่ผู้พิการเป็นคนไร้ความสามารถ

(๓) บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน หรือพี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน

(๔) บุคคลที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสถานพยาบาลของรัฐที่สูงกว่ารับรองว่าเป็นผู้ดูแลผู้พิการตามความเป็นจริง

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

๕. สถานที่ยื่นคำขอและกำหนดเวลายื่นคำขอ

ผู้พิการที่จะขอรับอุปกรณ์ให้ยื่นคำขอตามแบบที่กรมการขนส่งทางบกกำหนด โดยในกรุงเทพมหานครให้ยื่น ณ สำนักมาตรฐานงานทะเบียนและภาษีรถ กรมการขนส่งทางบก อาคาร ๒ ชั้น ๕ หรือในจังหวัดอื่นนอกจากกรุงเทพมหานคร ให้ยื่น ณ สำนักงานขนส่งจังหวัดที่ผู้พิการมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ พร้อมด้วยเอกสารหลักฐาน ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๕ ในวันและเวลาราชการ

๖. การตรวจร่างกายและประเมินความเหมาะสมของอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการฯ

ผู้พิการจะต้องไปพบแพทย์ เพื่อตรวจสภาพร่างกายและประเมินความเหมาะสมของอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการฯ ภายใต้การประเมินของแพทย์ว่าผู้พิการมีความเหมาะสมจะใช้อุปกรณ์ประเภทหรือชนิดใด ๆ ตามวัน เวลา ที่โรงพยาบาลฯ กำหนด

ทั้งนี้ราคาอุปกรณ์ฯ ต้องมีวงเงินรวมต่อรายไม่เกินหนึ่งแสนบาท โดยอ้างอิงราคากลางให้เป็นไปตามราคาในบัญชีที่สถาบันสิรินธรฯ บัญชีของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หรือบัญชีของกรมบัญชีกลาง กรณีเป็นอุปกรณ์นอกบัญชีของทั้งสองหน่วยงานข้างต้นให้ปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ และระเบียบราชการที่เกี่ยวข้อง

๗. เกณฑ์การพิจารณาจัดสรรอุปกรณ์ให้กับผู้พิการ

การจัดสรรอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน จะพิจารณาตามหลักเกณฑ์โดยคำนึงถึงองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

- (๑) ผู้พิการเป็นผู้มีคุณสมบัติตามข้อ ๑
- (๒) ลักษณะหรือสภาพความพิการ
- (๓) ความจำเป็นที่ต้องมีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ
- (๔) ประโยชน์จากการนำอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการไปใช้
- (๕) ความเหมาะสมของอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการกับสภาพความพิการ
- (๖) กรณีอื่นตามที่คณะอนุกรรมการกำหนด

๘. การอนุมัติจัดสรรอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ

เมื่อสำนักมาตรฐานงานทะเบียนและภาษีรถ หรือสำนักงานขนส่งจังหวัดได้รับคำขอแล้ว คณะทำงานกลั่นกรองการขอรับจัดสรรฯ ตรวจสอบความถูกต้องของคำขอและเอกสารหลักฐานประกอบคำขอ หากผู้พิการมีคุณสมบัติและเอกสารหลักฐานครบถ้วนถูกต้องให้ส่งรับคำขอ กรณีผู้พิการขาดคุณสมบัติให้คืนคำขอแก่ผู้ยื่นคำขอ ในกรณีเอกสารหลักฐานประกอบคำขอไม่ครบถ้วนถูกต้องให้ชี้แจงและคืนคำขอไปดำเนินการให้ครบถ้วนถูกต้องภายใน ๗ วันนับแต่วันที่แจ้งให้ผู้ยื่นคำขอทราบ หากพ้นกำหนดถือว่าสละสิทธิ

กรณีสำนักมาตรฐานงานทะเบียนและภาษีรถเป็นผู้รับคำขอ จัดส่งคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและสรุปผลการตรวจสอบคำขอให้สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู กรณีสำนักงานขนส่งจังหวัดเป็นผู้รับคำขอ จัดส่งคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและสรุปผลการตรวจสอบคำขอให้โรงพยาบาลที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๑๕ วัน นับแต่วันปัดรับคำขอ

เมื่อหน่วยงานที่ขอรับจัดสรร(สถาบันสิรินธรฯ หรือโรงพยาบาลที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้เป็นหน่วยงานที่ขอรับจัดสรรฯ) ได้รับคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานดำเนินการตรวจสอบและพิจารณาตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ให้จัดทำหนังสือขอรับจัดสรรเงินพร้อมความเห็นส่งให้สำนักมาตรฐานงานทะเบียนและภาษีรถ เพื่อนำเสนอคณะอนุกรรมการพิจารณาการขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการฯ พิจารณาอนุมัติจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการฯ ต่อไป

ทั้งนี้ให้หน่วยงานที่ขอรับจัดสรรฯ ระบุรายละเอียดการโอนเงิน (GFMS) มีรายละเอียด ครบถ้วนดังนี้

- ๑.รหัสศูนย์ต้นทุน
- ๒.รหัสหน่วยเบิกจ่าย
- ๓.รหัสเจ้าของเงินฝากคลัง (๕ หลัก)
- ๔.รหัสบัญชีเงินฝากคลัง (๕ หลัก)
- ๕.ชื่อบัญชี
- ๖.รหัสพื้นที่ (๔ หลัก)

๙. การโอนเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการให้กับหน่วยที่ขอรับจัดสรร ในเขตกรุงเทพมหานคร กรมการขนส่งทางบกจะดำเนินการโอนเงินให้สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์

ส่วนในจังหวัดอื่นจะโอนเงินให้โรงพยาบาลที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างอุปกรณ์ตามกฎหมายว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ และกฎหมายว่าด้วยวินัยการเงินการคลังของรัฐ

๑๐. การส่งมอบอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ หน่วยงานที่ได้รับจัดสรรเงินส่งมอบอุปกรณ์ ให้ผู้พิการ โดยอาจมีเจ้าหน้าที่กรมการขนส่งทางบกร่วมตรวจรับและส่งมอบอุปกรณ์ก็ได้

๑๑. ผู้พิการต้องใช้อุปกรณ์ที่ได้รับจัดสรรตามปกติวิสัยตลอดอายุการใช้งานของอุปกรณ์ โดยไม่นำอุปกรณ์ดังกล่าวไปจำหน่าย จ่ายแจก หรือยกให้บุคคลอื่น รวมถึงมีหน้าที่บำรุงรักษาอุปกรณ์ ดังกล่าวให้อยู่ในสภาพใช้งานได้ตามปกติ ในกรณีที่ตรวจพบว่าผู้พิการไม่ปฏิบัติตาม ผู้พิการต้องส่งคืน อุปกรณ์ที่ได้รับจัดสรรให้กับหน่วยงานที่ขอรับจัดสรร และถูกตัดสิทธิในการยื่นคำขอรับจัดสรรใหม่

๑๒. ภายหลังจากได้รับอุปกรณ์ ผู้พิการต้องยินยอมให้เจ้าหน้าที่กรมการขนส่งทางบก หรือผู้ได้รับมอบหมายไปตรวจติดตามการใช้งานอุปกรณ์

ทั้งนี้ ผู้พิการที่สนใจขอรับจัดสรรอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ สามารถสอบถามรายละเอียด เพิ่มเติมได้ที่ สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน สำนักมาตรฐานงานทะเบียน และภาษีรถ กรมการขนส่งทางบก โทรศัพท์หมายเลข ๐ ๒๒๗๑ ๘๘๘๘ ต่อ ๒๕๑๑-๒๕๑๕ หรือ โทร. ๑๕๘๔ ในวันและเวลาราชการ หรือดูรายละเอียดได้ทางเว็บไซต์ www.dlt.go.th หรือ www.roadsafefund.com

ประกาศ ณ วันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕



(นายจิรุตม์ วิศาลจิตร)

อธิบดีกรมการขนส่งทางบก



แบบคำขอ

การขอรับจัดสรรเงินจากกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.)
สำหรับเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสพภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน

๑. ข้อมูลผู้พิการที่ขอรับจัดสรร

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ./อื่นๆ)..... อายุ ปี

เลขประจำตัวของผู้พิการ/เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ตามภูมิลำเนา บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

สถานที่พักอาศัย อาศัยอยู่กับครอบครัว บ้านตนเอง บ้านเช่า หอพัก อื่นๆ ระบุ.....

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

ภาระหน้าที่ในครอบครัว : ก่อนพิการ* เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว ไม่ได้เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว

: ปัจจุบัน* เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว ไม่ได้เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว

รายได้ต่อเดือน ไม่รวมเบี้ยผู้สูงอายุ หรือเบี้ยคนพิการ

ก่อนพิการ*.....บาท ปัจจุบัน*.....บาท

ญาติ หรือบุคคลใกล้ชิดที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ-สกุล.....

เกี่ยวข้องเป็น..... โทรศัพท์.....

๒. ความพิการ*

๒.๑ อธิบายลักษณะของการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งส่งผลให้เกิดความพิการในปัจจุบันโดยละเอียด.....

.....

.....

.....

.....

.....

๒.๒ ลักษณะหรือสภาพความพิการ*

- ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
- ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง แต่ต้องมีคนคอยดูแล
- ประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้

๒.๓ ระยะเวลา : พิกัดมาแล้วปี เดือน (นับถึงวันยื่นแบบคำขอฯ)

๓. การได้รับความช่วยเหลือจาก กปต./หน่วยงานอื่น*

๓.๑ การได้รับความช่วยเหลือจาก กปต.

- เคยได้รับความช่วยเหลือจาก กปต. มาแล้วเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.
ระบุประเภทและลักษณะอุปกรณี่ให้ชัดเจน.....
- ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจาก กปต. มาก่อน

๓.๒ การได้รับความช่วยเหลือ จาก หน่วยงานอื่น

- เคยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น (กรุณาระบุชื่อหน่วยงาน).....
เมื่อวัน/เดือน/ปี//
ระบุประเภทและลักษณะอุปกรณี่ให้ชัดเจน.....
ได้รับโดยการ ยืม บริจาค ได้รับจัดสรร อื่นๆ (ระบุ.....)
- ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น

๔. ข้อมูลอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ขอรับจัดสรร*

๔.๑ อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการในปัจจุบัน*

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

๔.๒ อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ต้องการขอรับจัดสรร ดังนี้

- ๔.๒.๑ แขนเทียม
- ๔.๒.๒ ขาเทียม.....
- ๔.๒.๓ กายอุปกรณ์เสริม (โลหะตามขา)
- ๔.๒.๔ รถนั่งสำหรับผู้พิการ แบบธรรมดา แบบขับเคลื่อนด้วยระบบไฟฟ้า
- ๔.๒.๕ เบาะรองนั่งป้องกันแผลกดทับ.....
- ๔.๒.๖ เครื่องดูดเสมหะ
- ๔.๒.๗ เครื่องผลิตออกซิเจน
- ๔.๒.๘ ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ
- ๔.๒.๙ เตียงนอนธรรมดาชนิด ๓ ไก
- ๔.๒.๑๐ อื่นๆ (ระบุ)

๔.๓ วัตถุประสงค์การใช้ประโยชน์จากอุปกรณ์ที่ขอรับจัดสรร* (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

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

กรุณาระบุหรือบรรยายการใช้ประโยชน์จากอุปกรณ์ที่ขอรับจัดสรร พอสังเขป

.....

.....

.....

.....

* โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณาฯ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และเป็นการขอรับการช่วยเหลือในส่วนที่นอกเหนือจากค่าสินไหมทดแทนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 หากเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบตามกฎหมายทุกประการ และเมื่อได้รับจัดสรรเงินอุปกรณ์ช่วยเหลือแล้ว ข้าพเจ้าจะใช้อุปกรณ์ที่ได้รับจัดสรรตามปกติวิสัยตลอดการใช้งาน โดยไม่นำอุปกรณ์ดังกล่าว ไปจำหน่าย จ่าย แจก หรือยกให้บุคคลอื่น ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะบำรุงรักษาอุปกรณ์ดังกล่าว ให้อยู่ในสภาพใช้งานได้ตามปกติ หากตรวจพบว่าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะส่งคืนอุปกรณ์ให้กับหน่วยงานที่ขอรับจัดสรรและรับทราบว่าจะต้องถูกตัดสิทธิ์ในการยื่นคำขอรับจัดสรรใหม่

ลงชื่อ ผู้ขอรับจัดสรร

(.....)

วันที่

หมายเหตุ กรณีที่ผู้พิการไม่สามารถลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือได้ ให้ผู้ยื่นคำขอแทน เป็นผู้ลงลายมือชื่อแทนผู้ขอรับจัดสรร

กรณียื่นคำขอแทนผู้ขอรับจัดสรร

ยื่นคำขอแทนผู้พิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

คือ มีความพิการระดับ ๔ และ ระดับ ๕ เท่านั้น (ตามที่ระบุในบัตรประจำตัวผู้พิการ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และเป็นการขอรับการช่วยเหลือในส่วนที่นอกเหนือจากค่าสินไหมทดแทนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. ๒๕๓๕ หากเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบตามกฎหมายทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำขอแทนผู้ขอรับจัดสรร

(.....)

วันที่.....

กรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นผู้ดูแลผู้พิการตามความเป็นจริง (ไม่ได้เป็นญาติใกล้ชิด หรือผู้แทนโดยชอบธรรม) (ผู้รับรอง) ได้แก่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสถานพยาบาลของรัฐที่สูงกว่า)

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

ออกโดย :

- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
จังหวัด.....
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล.....
- สถานพยาบาลของรัฐ.....

แผนที่และสภาพพื้นที่โดยรอบที่พัก(ที่อยู่ผู้พิการ)

แผนที่

สภาพพื้นที่โดยรอบที่พักอาศัยหรือบ้านพัก

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

(พร้อมรูปถ่ายสภาพแวดล้อม บริเวณที่พักอาศัยหรือบ้านพักโดยรอบ จำนวน ๒ รูป กรณีขอรถนั่งไฟฟ้า)

หมายเหตุ ๑. สามารถขอรับแบบคำขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการฯ และจัดส่งแบบคำขอฯได้ที่

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

๒. ภายหลังจากรับทราบการแจ้งผลได้รับพิจารณาอนุมัติจัดสรรฯ จากคณะอนุกรรมการฯ หากมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงอุปกรณ์ ต้องแจ้งสำนักงานขนส่งจังหวัด หรือ สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนพิจารณาภายใน ๑๕ วัน

๓. หากผู้ได้รับจัดสรรไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขของกรมการขนส่งทางบก ต้องคืนเงินตามมูลค่าอุปกรณ์ตามที่ได้รับจัดสรร / และหรือชดใช้ค่าเสียหายทั้งหมดที่เกิดขึ้นแก่กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน และยินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

สำหรับเจ้าหน้าที่

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

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.....
สำนัก/กอง..... ได้ตรวจสอบข้อมูลในแบบคำขอครบถ้วนถูกต้อง

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

เอกสารประกอบการขอรับจัดสรร

- ๑) บัตรประจำตัวประชาชน หรือหลักฐานแสดงตนอื่นใดที่ทางราชการออกให้
- ๒) บัตรประจำตัวผู้พิการ (ถ้ามี) โดยอย่างน้อยให้มีรายการ ชื่อ ที่อยู่ของผู้พิการ วันที่ออกบัตรและวันหมดอายุ ประเภทหรือลักษณะความพิการ และชื่อผู้ดูแลผู้พิการ
- ๓) รูปถ่ายของผู้พิการ
 - รูปถ่ายของผู้พิการที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะความพิการอย่างชัดเจนในลักษณะแตกต่างกันขนาดไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว ที่ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๓ เดือน อย่างน้อยจำนวน ๓ รูป (โดยลักษณะท่าทางไม่ซ้ำกัน)
- ๔) รูปถ่ายแสดงสภาพอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (ถ้ามีอุปกรณ์) ขนาดรูปไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว อย่างน้อยจำนวน ๑ รูป
- ๕) รูปถ่ายสภาพแวดล้อม (บริเวณที่พักอาศัยหรือบ้านพักของผู้พิการ) ขนาดรูปไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว อย่างน้อยจำนวน ๒ รูป
- ๖) ประวัติทางการแพทย์จากทะเบียนผู้ป่วย (OPD Card) หรือหลักฐานที่ทางราชการออกให้ หรือหลักฐานการขอรับหรือได้รับการชดใช้ค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทประกันภัย หรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยที่สามารถยืนยันหรือบ่งบอกได้ว่าความพิการนั้นเกิดจากอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน
ในกรณีที่ไม่มีเอกสารหลักฐานตาม ๖) หากมีเอกสารหลักฐานยืนยันหรือระบุโดยแพทย์ไว้อย่างชัดเจนว่าความพิการของผู้ขอรับจัดสรรมีสาเหตุมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ให้ใช้เป็นหลักฐานตาม ๖) ได้ด้วย
- ๗) ใบประกาศนียบัตร หรือหนังสือแต่งตั้ง หรือหนังสือชมเชย หรือภาพถ่าย หรือหลักฐานอื่นๆ ที่สามารถแสดงให้เห็นว่าเป็นผู้ช่วยเหลือสังคม หรือทำคุณประโยชน์แก่สังคม (กรณีใช้ประโยชน์จากอุปกรณ์ที่ขอรับจัดสรรเพื่อการช่วยเหลือสังคม หรือทำคุณประโยชน์แก่สังคม)
- ๘) ภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนผู้ยื่นคำขอแทน (กรณียื่นคำขอแทน)
- ๙) หลักฐานที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ยื่นคำขอกับผู้พิการ (กรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม/ ผู้ปกครอง/ผู้อนุบาล/บิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร/พี่/น้อง)
- ๑๐) หนังสือรับรองจากหน่วยงานที่รับรองว่าเป็นผู้ดูแลผู้พิการ (กรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นผู้ดูแลตามความเป็นจริง)
- ๑๑) หลักฐานอื่นๆ