



แบบคำขอ

การขอรับจัดสรรเงินจากกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.)
สำหรับเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสพภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน

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 กรณีไม่สามารถติดต่อตามที่อยู่ที่ให้ไว้ข้างต้น

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)

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



ในการประสบภัยจากการใช้รถใช้ถนนดังกล่าวผู้ขอรับจัดสรรเป็น ผู้ขับรถ ผู้ได้รับผลกระทบ

การได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น

เคยได้รับความช่วยเหลือจาก (บุคคล/หน่วยงาน).....

เมื่อวัน/เดือน/ปี/...../.....

ยืม บริจาค อื่น ๆ (ระบุ)

วัตถุประสงค์การนำอุปกรณ์ไปใช้ประโยชน์ เพื่อยกระดับ ความสามารถหรือคุณภาพชีวิต (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

ใช้ในการดำรงชีวิตประจำวัน ใช้ในการเดินทางไปประกอบอาชีพ (ระบุดูอาชีพ) ใช้เพื่อการอื่น

กรณีระบุ, บรรยายพอสังเขป และแนบเอกสารประกอบ (ถ้ามี)

.....

๓. ข้อมูลอุปกรณ์ที่ขอรับจัดสรร (เลือกอุปกรณ์จากคู่มือกำหนดคุณลักษณะอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการของ กรมการขนส่งทางบก)

ขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ ดังนี้

๓.๑ แขนเทียม

แขนเทียมระดับข้อไหล่

แขนเทียมระดับเหนือศอก

แขนเทียมระดับใต้ศอก

แขนเทียมระดับข้อมือ (มือเทียม)

๓.๒ ขาเทียม

ขาเทียมระดับสะโพก

ขาเทียมระดับเหนือเข่า

ขาเทียมระดับข้อเข่า

ขาเทียมระดับใต้เข่า

ขาเทียมระดับข้อเท้า

๓.๓ รถนั่งคนพิการ

รถนั่งธรรมดา

รถนั่งไฟฟ้า

๓.๔ เบาะรองนั่งป้องกันแผลกดทับ

๓.๕ รถสามล้อโยก

๓.๖ เตียงนอนแบบธรรมดาพร้อมที่นอนธรรมดา

๓.๗ ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ

๓.๘ คอมพิวเตอร์ หรืออุปกรณ์คอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการทางสายตา

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

ราคาอุปกรณ์รวมทั้งสิ้น

.....บาท

๔. ข้อมูลการมีอยู่ของอุปกรณ์ขณะขอรับการจัดสรร

ปัจจุบันท่านมีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอยู่หรือไม่

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และเป็นการขอรับการช่วยเหลือในส่วนที่นอกเหนือจากค่าสินไหมทดแทนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ 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 และเป็นการขอรับการช่วยเหลือในส่วนที่นอกเหนือจากค่าสินไหมทดแทนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ 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 นิ้ว และมีอายุไม่เกิน ๖ เดือน จำนวนไม่น้อยกว่า ๓ รูป (โดยลักษณะท่าทางไม่ซ้ำกัน)
 - รูปถ่ายแสดงสภาพอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ขนาดไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว จำนวน ๑ รูป (ถ้ามีอุปกรณ์)
 - รูปถ่ายสภาพแวดล้อม (บริเวณที่พักอาศัยหรือบ้านพักของผู้พิการ) ขนาดไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
- ๕) ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐตามแบบที่อธิบดีกรมการขนส่งทางบกกำหนดและในกรณีที่แพทย์สามารถระบุได้ว่าความพิการเกิดมาจากการได้รับอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน สามารถใช้แทนเอกสารในข้อ ๖ ได้
- ๖) หลักฐานที่ทางราชการออกให้หรือหลักฐานการขอรับหรือได้รับการชดใช้ค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทประกันภัยหรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยหรือประวัติการรักษา (OPD Card) ที่สามารถยืนยันหรือบ่งบอกได้ว่าความพิการนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากการได้รับอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน
- 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 และหรือชดใช้ค่าเสียหายทั้งหมดที่เกิดขึ้นแก่กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน และยินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย