



๑๒๓๔๕๖๗๘๙

๑๗๖

องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครพนม
 เลขที่ ๗๙๙๔ วันที่ 31 ต.ค. 2566
 สำนักปลัด อบจ. สนง.เลขานุการฯ กองคลัง กองช่าง
 กองสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์ กองการศึกษา
 กองพัสดุฯ กองการเจ้าหน้าที่ หน่วยตรวจสอบภายใน

ที่ นพ ๐๐๑๒/๖๖๗

สำนักงานขนส่งจังหวัดนครพนม
ถนนศาลากลาง ตำบลในเมือง
อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ๔๘๐๐๐

๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์การขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครพนม

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โปสเตอร์เปิดรับคำขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ จำนวน ๑ แผ่น
- ๒. ประกาศกรมการขนส่งทางบก ลงวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๖ จำนวน ๔ แผ่น

ด้วยกรมการขนส่งทางบก ได้มีประกาศกำหนดเปิดรับคำขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ เป็นการจัดสรรเงินกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน สำหรับเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยจากการใช้รถใช้ถนนเท่านั้น และเป็นการช่วยเหลือในส่วนที่นอกเหนือจากค่าสินไหมทดแทนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. ๒๕๓๕ โดยกำหนดเปิดรับคำขอในระหว่างวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ จนถึงวันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๖

เพื่อให้การจัดสรรเงินกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน สำหรับเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และเป็นไปอย่างกว้างขวาง เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างแท้จริง จึงขอความร่วมมือจากท่านประชาสัมพันธ์การเปิดรับคำขอจัดสรรเงินกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน สำหรับเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ ฯ ดังกล่าว ทั้งนี้ ให้ผู้ที่ประสงค์จะขอรับความช่วยเหลือสามารถยื่นคำขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ ในเขตกรุงเทพมหานครให้ยื่น ณ สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก ในจังหวัดอื่นนอกจากกรุงเทพมหานคร ให้ยื่น ณ สำนักงานขนส่งจังหวัดที่ผู้พิการมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ ในระหว่างวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ จนถึงวันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๖ สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่โทรศัพท์หมายเลข ๑๕๘๔ หรือ ๐ ๔๒๕๑ ๓๕๘๙ ในวันและเวลาราชการ เว็บไซต์ www.dlt.go.th หรือ www.npm.dlt.go.th/th

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป จะขอบคุณยิ่ง

ดาวน์โหลด สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ - ๒



หรือ <https://shorturl.asia/Qmxel>
ดาวน์โหลด แบบคำขอ



หรือ <https://shorturl.asia/Na๑๗B>

กลุ่มวิชาการขนส่ง
โทร. ๐ - ๔๒๕๑ - ๓๕๘๙

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาววันเพ็ญ ขจรกลิ่น)
ขนส่งจังหวัดนครพนม

วิสัยทัศน์กรมการขนส่งทางบก

“เป็นองค์กรแห่งนวัตกรรมในการควบคุม กำกับ ดูแลระบบการขนส่งทางถนน ให้มีคุณภาพและปลอดภัย”

เปิดรับคำขอรับจัดสรรเงิน เป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ



อันเนื่องมาจากการประสพภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน

ตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน ถึง 29 ธันวาคม 2566



สถานที่ ยื่นคำขอ

ตามภูมิสำเนาของผู้พิการ

- กรุงเทพมหานครให้ยื่น ณ กรมการขนส่งทางบก อาคาร 2 ชั้น 5
 - จังหวัดอื่นให้ยื่น ณ สำนักงานขนส่งจังหวัด
- สามารถยื่นคำขอพร้อมหลักฐานในวัน และเวลาราชการ

คุณสมบัติ

- (1) สัญชาติไทย
- (2) ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากกองทุนหรือหน่วยงานอื่น
- (3) เคยได้รับความช่วยเหลือจากกองทุนหรือหน่วยงานอื่นมาแล้วเกินกว่า 3 ปี นับตั้งวันที่ยื่นคำขอ เว้นแต่เป็นผู้ประกันตนประเภทที่ 1 ที่เคยได้รับความช่วยเหลือ
- (4) ไม่เคยฝ่าฝืนเงื่อนไขของกรมการขนส่งทางบกเกี่ยวกับการจัดสรรเงิน เป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ

เอกสาร ประกอบ คำขอ

- (1) บัตรประจำตัวประชาชน หรือ หลักฐานแสดงตนอื่นใดที่ทางราชการออกให้
- (2) บัตรประจำตัวผู้พิการ (ถ้ามี) โดยอย่างน้อยให้มีรายการ ชื่อ ที่อยู่ของผู้พิการ วันที่ออกบัตร และวันหมดอายุ ประเภทหรือลักษณะความพิการ และชื่อผู้ดูแลผู้พิการ
- (3) รูปถ่าย
 - ผู้พิการที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะความพิการอย่างชัดเจนในลักษณะแตกต่างกัน ที่ถ่ายมาแล้วไม่เกิน 3 เดือน อย่างน้อยจำนวน 3 รูป (โดยลักษณะท่าทางไม่ซ้ำกัน)
 - สภาพอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (ถ้ามีอุปกรณ์) อย่างน้อยจำนวน 1 รูป
 - สภาพแวดล้อม (บริเวณที่บ้กอาศัยหรือบ้านพักของผู้พิการ) อย่างน้อยจำนวน 2 รูป (กรณีผู้พิการขออุปกรณ์นี้แรกตั้งไปเช่า)
- (4) ประวัติทางการแพทย์จากทะเบียนผู้ป่วย (OPD Card) หรือหลักฐานที่ทางราชการออกให้ ที่สามารถยืนยันหรือบ่งบอกได้ว่าความพิการนั้นเกิดจากอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน หรือ หลักฐานยืนยันหรือระบุโดยแพทย์และมีตราประทับของสถานพยาบาลไว้อย่างชัดเจน ว่าความพิการของผู้พิการมีสาเหตุมาจากการประสพภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน



ดาวน์โหลด
แบบคำขอก่อน

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม

โทร 1584 หรือ 02-271-8888 ถึง 2511-2512

www.dft.go.th





ประกาศกรมการขนส่งทางบก

เรื่อง การขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ด้วยกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ. ๒๕๒๒ มาตรา ๑๐/๒ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นทุนสนับสนุน และส่งเสริมด้านความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน และให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยอันเกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประกอบกับกฎกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการดำรงตำแหน่งและการปฏิบัติหน้าที่กรรมการการบริหารกองทุนและการใช้จ่ายเงินกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน พ.ศ. ๒๕๔๗ ข้อ ๑๖ (๒) กำหนดให้ใช้เงินกองทุนโดยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ เป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ในส่วนที่นอกเหนือจากค่าสินไหมทดแทนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. ๒๕๓๕ เพื่อให้การจัดสรรเงินกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน สำหรับเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนนเป็นไปด้วยความเรียบร้อย ตามวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุน อาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ. ๒๕๒๒ มาตรา ๑๐/๒ ประกอบกับกฎกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการดำรงตำแหน่งและการปฏิบัติหน้าที่กรรมการการบริหารกองทุนและการใช้จ่ายเงินกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน พ.ศ. ๒๕๔๗ ข้อ ๑๖ (๒) อธิบดีกรมการขนส่งทางบกจึงออกประกาศรับคำขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. คุณสมบัติของผู้พิการที่ขอรับจัดสรรฯ ผู้พิการที่ขอรับจัดสรรฯ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกรมการขนส่งทางบกว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการใช้จ่ายเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน พ.ศ. ๒๕๖๔

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

๒. คุณสมบัติของอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ ต้องเป็นอุปกรณ์ตามบัญชีรายละเอียดคุณลักษณะและราคาที่กำหนดไว้ในบัญชีรายละเอียดคุณลักษณะและราคาที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ หรือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

กรณีเป็นอุปกรณ์นอกบัญชีของทั้งสองหน่วยงานข้างต้นให้ปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ และระเบียบราชการที่เกี่ยวข้อง

๓. เอกสารประกอบคำขอ ผู้พิการที่ขอรับจัดสรรฯ ต้องยื่นคำขอตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้ พร้อมด้วยหลักฐานดังต่อไปนี้

- (๑) บัตรประจำตัวประชาชน หรือหลักฐานแสดงตนอื่นใดที่ทางราชการออกให้

/ (๒) บัตรประจำตัว...

(๒) บัตรประจำตัวผู้พิการ (ถ้ามี) โดยอย่างน้อยให้มีรายการ ชื่อ ที่อยู่ของผู้พิการ วันที่ออกบัตร และวันหมดอายุ ประเภทหรือลักษณะความพิการ และชื่อผู้ดูแลผู้พิการ

(๓) ทะเบียนบ้านของผู้พิการ

(๔) รูปถ่ายของผู้พิการที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะความพิการอย่างชัดเจนในลักษณะแตกต่างกัน ขนาดไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว ที่ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๓ 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 (กรณีผู้พิการขออุปกรณ์เป็นรถนั่งไฟฟ้า)

(๗) ประวัติทางการแพทย์จากทะเบียนผู้ป่วย (OPD Card) หรือหลักฐานที่ทางราชการออกให้ หรือหลักฐานการขอรับหรือได้รับการชดเชยค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทประกันภัยหรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยที่สามารถยืนยันหรือบ่งบอกได้ว่าความพิการนั้นเกิดจากอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน

กรณีที่ไม่มีเอกสารหลักฐานตาม (๗) หากมีเอกสารหลักฐานยืนยันหรือระบุโดยแพทย์และ มีตราประทับของสถานพยาบาลไว้อย่างชัดเจนว่า ความพิการของผู้พิการมีสาเหตุมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ให้สามารถใช้เป็นหลักฐานตาม (๗) ได้ด้วย

(๘) ใบประกาศนียบัตร หรือหนังสือแต่งตั้ง หรือหนังสือชมเชย หรือภาพถ่าย หรือหลักฐาน อื่นๆ ที่สามารถแสดงให้เห็นว่าเป็นผู้ช่วยเหลือสังคม หรือทำคุณประโยชน์แก่สังคม (กรณีใช้ประโยชน์ จากอุปกรณ์ที่ขอรับจัดสรรเพื่อการช่วยเหลือสังคม หรือทำคุณประโยชน์แก่สังคม)

(๙) ภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนผู้ยื่นคำขอแทน (กรณียื่นคำขอแทน)

(๑๐) หลักฐานที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ยื่นคำขอกับผู้พิการ (กรณีผู้ยื่นคำขอ แทนเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง/ผู้อนุบาล/บิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร/พี่/น้อง)

(๑๑) หนังสือรับรองจากหน่วยงานที่รับรองว่าเป็นผู้ดูแลผู้พิการ (กรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็น ผู้ดูแลตามความเป็นจริง)

๔. วิธีการยื่นคำขอ

ผู้พิการที่ขอรับจัดสรรฯ ต้องลงลายมือชื่อในคำขอและยื่นคำขอด้วยตนเอง ในกรณี ไม่สามารถลงลายมือชื่อหรือยื่นคำขอด้วยตนเองได้ ให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งดังต่อไปนี้เป็นผู้ยื่นคำขอแทน

(๑) ผู้ดูแลผู้พิการตามที่ระบุไว้ในบัตรประจำตัวผู้พิการ หรือตามที่ระบุไว้ในหนังสือรับรอง การเป็นผู้ดูแลคนพิการ

(๒) ผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองในกรณีที่ผู้พิการเป็นผู้เยาว์ หรือผู้พิทักษ์ในกรณีที่ ผู้พิการเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ หรือผู้อนุบาลในกรณีที่ผู้พิการเป็นคนไร้ความสามารถ

(๓) บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน หรือพี่น้องร่วมบิดาหรือ มารดาเดียวกัน

(๔) บุคคลที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด, โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล หรือสถานพยาบาลของรัฐที่สูงกว่ารับรองว่าเป็นผู้ดูแลผู้พิการตามความเป็นจริง

ผู้ยื่นคำขอแทนผู้พิการต้องแนบภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอแทน หากผู้ยื่นคำขอแทนเป็นบุคคลตาม (๒) และ (๓) ต้องแนบหลักฐานที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ยื่นคำขอกับผู้พิการเพิ่มเติม และถ้าบุคคลที่ยื่นคำขอแทนเป็นบุคคลตาม (๔) ต้องแนบหนังสือรับรอง จากหน่วยงานที่รับรองว่าเป็นผู้ดูแลผู้พิการตามความเป็นจริงเป็นหลักฐานประกอบด้วย

๕. สถานที่และกำหนดเวลายื่นคำขอ

ผู้พิการที่ขอรับจัดสรรฯ ให้ยื่นคำขอตามแบบที่กรมการขนส่งทางบกกำหนด โดยในเขตกรุงเทพมหานครให้ยื่น ณ สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน สำนักมาตรฐานงานทะเบียนและภาษีรถ กรมการขนส่งทางบก อาคาร ๒ ชั้น ๕ หรือในจังหวัดอื่นนอกจากกรุงเทพมหานครให้ยื่น ณ สำนักงานขนส่งจังหวัดที่ผู้พิการมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ พร้อมด้วยเอกสารหลักฐาน ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ จนถึงวันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๖ ในวันและเวลาราชการ

๖. การตรวจร่างกายและการประเมินความเหมาะสมของอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ

ผู้พิการที่ขอรับจัดสรรฯ จะต้องไปพบแพทย์ตามวัน เวลา ที่โรงพยาบาลฯ กำหนด เพื่อตรวจสภาพร่างกายและประเมินความเหมาะสมของอุปกรณ์ช่วยเหลือที่ผู้พิการจะได้รับจัดสรร กรณีที่แพทย์ประเมินความเหมาะสมและประเภทของอุปกรณ์เรียบร้อยแล้ว แพทย์จะแจ้งต่อผู้พิการให้รับทราบ พร้อมทั้งสอบถามผู้พิการว่ามีความประสงค์จะรับอุปกรณ์หรือไม่

ทั้งนี้ ราคาอุปกรณ์ฯ ต้องมีวงเงินรวมต่อรายไม่เกินหนึ่งแสนบาท โดยอ้างอิงราคากลางให้เป็นไปตามราคาในบัญชีของสถาบันสิรินธรฯ บัญชีของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรณีเป็นอุปกรณ์นอกบัญชีของทั้งสองหน่วยงานข้างต้นให้ปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วย การจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ และระเบียบราชการที่เกี่ยวข้อง

๗. การพิจารณาจัดสรรอุปกรณ์ให้กับผู้พิการ

การจัดสรรอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน จะพิจารณาตามหลักเกณฑ์โดยคำนึงถึงองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

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

๘. การโอนเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการให้กับหน่วยงานที่ขอรับจัดสรร

เมื่อหน่วยงานที่ขอรับจัดสรรได้รับการพิจารณาอนุมัติจัดสรรเงินฯ จากคณะอนุกรรมการพิจารณาการขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบกจะดำเนินการโอนเงินให้โดยในเขตกรุงเทพมหานครจะโอนเงินให้กับสถาบันสิรินธรฯ ส่วนในจังหวัดอื่นดำเนินการโอนเงินให้โรงพยาบาลที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนด เพื่อดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างอุปกรณ์ตามกฎหมายว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ และกฎหมายว่าด้วยวินัยการเงินการคลังของรัฐ

๙. การส่งมอบอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ

ภายหลังจากที่หน่วยงานที่ได้รับจัดสรรเงินฯ จัดซื้ออุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการเรียบร้อยแล้ว จะดำเนินการส่งมอบอุปกรณ์ให้ผู้พิการที่ขอรับจัดสรรฯ โดยมีเจ้าหน้าที่กรมการขนส่งทางบกร่วมตรวจรับและส่งมอบอุปกรณ์ด้วย

๑๐. การใช้อุปกรณ์ที่ได้รับจัดสรร

ผู้พิการที่ได้รับจัดสรรฯ ต้องใช้อุปกรณ์ที่ได้รับจัดสรร ตามปกติวิสัยตลอดอายุการใช้งานของอุปกรณ์โดยไม่นำอุปกรณ์ดังกล่าวไปจำหน่าย จ่ายแจก หรือยกให้บุคคลอื่น รวมถึงมีหน้าที่บำรุงรักษาอุปกรณ์ดังกล่าวให้อยู่ในสภาพใช้งานได้ตามปกติ ในกรณีที่ตรวจพบว่าผู้พิการไม่ปฏิบัติตาม ผู้พิการต้องส่งคืนอุปกรณ์ที่ได้รับจัดสรรให้กับหน่วยงานที่ขอรับจัดสรร และถูกตัดสิทธิในการยื่นคำขอรับจัดสรรใหม่

๑๑. ภายหลังจากได้รับอุปกรณ์

ผู้พิการที่ได้รับจัดสรรฯ ต้องยินยอมให้เจ้าหน้าที่กรมการขนส่งทางบก หรือผู้ได้รับมอบหมายไปตรวจติดตามการใช้งานอุปกรณ์ โดยในการตรวจติดตามให้คณะทำงานที่ได้รับมอบหมายดำเนินการออกตรวจตามความเหมาะสม

ทั้งนี้ ผู้พิการที่สนใจขอรับจัดสรรอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน สำนักมาตรฐานงานทะเบียนและภาษีรถ กรมการขนส่งทางบก โทรศัพท์หมายเลข ๐ ๒๒๗๑ ๘๗๐๗ หรือ ๐ ๒๒๗๑ ๘๘๘๘ ต่อ ๒๕๑๑-๒๕๑๒ ในวันและเวลาราชการ หรือดูรายละเอียดได้ทางเว็บไซต์ www.dlt.go.th หรือ Facebook Fan page “กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.)”

ประกาศ ณ วันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายจirutม์ วิศาลจิตร)
อธิบดีกรมการขนส่งทางบก



แบบคำขอ

การขอรับจัดสรรเงินจากกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.)
สำหรับเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน

๑. ข้อมูลผู้พิการที่ขอรับจัดสรร

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

เลขประจำตัวของผู้พิการ/เลขบัตรประจำตัวประชาชน

สัญชาติ..... เชื้อชาติ..... ศาสนา.....

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

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

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

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

สถานะที่พักอาศัย 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.....

* โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณาฯ

๒. ความพิการ*

๒.๑ อธิบายลักษณะของการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งส่งผลให้เกิดความพิการในปัจจุบันโดยละเอียด.....

.....

.....

.....

.....

.....

๒.๒ ลักษณะหรือสภาพความพิการ*

- ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
- ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง แต่ต้องมีคนคอยดูแล
- ประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้

๒.๓ ระยะเวลา : พิกัดมาแล้วปี เดือน (นับถึงวันยื่นแบบคำขอฯ)

๓. การได้รับความช่วยเหลือจาก กปถ./หน่วยงานอื่น*

๓.๑ การได้รับความช่วยเหลือจาก กปถ.

- เคยได้รับความช่วยเหลือจาก กปถ. มาแล้วเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.
ระบุประเภทและลักษณะอุปกรณให้ชัดเจน.....
- ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจาก กปถ. มาก่อน

๓.๒ การได้รับความช่วยเหลือ จาก หน่วยงานอื่น

(หมายถึง การได้รับเครื่องช่วยเหลือนความพิการจากโรงพยาบาลต่างๆ)

- เคยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น (กรุณาระบุชื่อหน่วยงาน).....
เมื่อวันที่/เดือน/ปี//
ระบุประเภทและลักษณะอุปกรณให้ชัดเจน.....
ได้รับโดยการ ยืมชั่วคราว บริจาค เบิกตามสิทธิ์ อื่นๆ (ระบุ.....)
- ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐ

* โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณาฯ

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 ภายอุปกรณ์เสริม (โลหะตามขา)
- ๔.๒.๔ รถนั่งสำหรับผู้พิการ
- ๔.๒.๕ เบาะรองนั่งป้องกันแผลกดทับ.....
- ๔.๒.๖ เครื่องดูดเสมหะ
- ๔.๒.๗ เครื่องผลิตออกซิเจน
- ๔.๒.๘ ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ
- ๔.๒.๙ เตียงผู้ป่วย
- ๔.๒.๑๐ อื่นๆ (ระบุ)

๔.๓ วัตถุประสงค์การใช้ประโยชน์จากอุปกรณ์ที่ขอรับจัดสรร* (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

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

กรณารับหรือบรรยายการใช้ประโยชน์จากอุปกรณ์ที่ขอรับจัดสรร พอสั่งเขไป

.....

.....

.....

.....

* 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 และจัดส่งแบบคำขอได้ที่

- สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก
อาคาร ๒ ชั้น ๕ โท. ๐-๒๒๗๑-๘๘๘๘ ต่อ ๒๕๑๑ - ๒๕๑๕ หรือโทร ๐-๒๒๗๑-๔๗๐๗
- สำนักงานขนส่งจังหวัดทุกจังหวัดทั่วประเทศ

๒. ภายหลังจากการแจ้งผลได้รับพิจารณาอนุมัติจัดสรรฯ จากคณะอนุกรรมการฯ หากมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงอุปกรณ์ ต้องแจ้งสำนักงานขนส่งจังหวัด หรือ สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนพิจารณาภายใน ๑๕ วัน

๓. หากผู้ได้รับจัดสรรไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขของกรมการขนส่งทางบก ต้องคืนเงินตามมูลค่าอุปกรณ์ตามที่ได้รับจัดสรร /และหรือชดใช้ค่าเสียหายทั้งหมดที่เกิดขึ้นแก่กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน และยินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

* โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณาฯ

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) ทะเบียนบ้านของผู้พิการ (ถ้ามี)
- ๔) รูปถ่ายของผู้พิการ
 - รูปถ่ายของผู้พิการที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะความพิการอย่างชัดเจนในลักษณะแตกต่างกันขนาด ไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว ที่ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๓ 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) ประวัติทางการแพทย์จากทะเบียนผู้ป่วย (OPD Card) หรือหลักฐานที่ทางราชการออกให้ หรือหลักฐานการขอรับหรือได้รับการชดเช้ค่าสินไหมทดแทนจากบริษัท ประกันภัย หรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยที่สามารถยืนยันหรือบ่งบอกได้ว่าความพิการนั้นเกิดจากอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน
ในกรณีที่ไม่มีเอกสารหลักฐานตาม ๗) หากมีเอกสารหลักฐานยืนยันหรือระบุโดยแพทย์ไว้อย่างชัดเจนว่าความพิการของผู้ขอรับจัดสรรมีสาเหตุมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ให้ใช้เป็นหลักฐานตาม ๗) ได้ด้วย
- ๘) ใบประกาศนียบัตร หรือหนังสือแต่งตั้ง หรือหนังสือชมเชย หรือภาพถ่าย หรือหลักฐานอื่นๆ ที่สามารถแสดงให้เห็นว่าเป็นผู้ช่วยเหลือสังคม หรือทำคุณประโยชน์แก่สังคม (กรณีใช้ประโยชน์จากอุปกรณ์ที่ขอรับจัดสรรเพื่อการช่วยเหลือสังคม หรือทำคุณประโยชน์แก่สังคม)
- ๙) ภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนผู้ยื่นคำขอแทน (กรณียื่นคำขอแทน)
- ๑๐) หลักฐานที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ยื่นคำขอกับผู้พิการ (กรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม/ ผู้ปกครอง/ผู้อนุบาล/บิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร/พี่/น้อง)
- ๑๑) หนังสือรับรองจากหน่วยงานที่รับรองว่าเป็นผู้ดูแลผู้พิการ (กรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นผู้ดูแลตามความเป็นจริง)
- ๑๒) หลักฐานอื่นๆ

* โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณาฯ