



แบบคำขอ

การขอรับจัดสรรเงินจากกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.)
สำหรับเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน

ชื่อผู้ขอรับจัดสรร (นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ ปี

เลขประจำตัวประชาชนผู้พิการ

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง พิกัดมาแล้ว.....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 รวมทั้งชดเชยค่าเสียหายทั้งหมดที่เกิดขึ้นแก่กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนหากไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขดังกล่าว 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.....



แผนที่และสภาพพื้นที่โดยรอบที่พัก(ที่อยู่ผู้พิการ)

แผนที่

สภาพพื้นที่โดยรอบที่พักอาศัยหรือบ้านพัก

(พร้อมรูปถ่ายสภาพแวดล้อม บริเวณที่พักอาศัยหรือบ้านพักโดยรอบ 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.....

(.....)



เอกสารประกอบการขอรับจัดสรร

- ☐ ๑) ภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชน หรือหลักฐานแสดงตนอื่นใดที่ทางราชการออกให้
- ☐ ๒) ภาพถ่ายบัตรประจำตัวผู้พิการ (ถ้ามี) โดยอย่างน้อยให้มีรายการ ชื่อ ที่อยู่ของผู้พิการ วันที่ออกบัตรและวันหมดอายุ ประเภทหรือลักษณะความพิการ และชื่อผู้ดูแลผู้พิการ
- ☐ ๓) ภาพถ่ายสำเนาทะเบียนบ้าน
- ☐ ๔) รูปถ่ายของผู้พิการ
 - รูปถ่ายของผู้พิการที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะความพิการอย่างชัดเจนในลักษณะแตกต่างกันขนาดไม่น้อยกว่า 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 ในกรณีที่หลักฐานตาม 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, www.roadsafefund.com และ www.tabienrod.com (ที่เมนูคู่มืออุปกรณ์ผู้พิการฯ) และสามารถขอรับแบบคำขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการฯ และจัดส่งแบบคำขอฯ ได้ที่

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

๒. ภายหลังจากการแจ้งผลได้รับพิจารณาอนุมัติจัดสรรฯ จากคณะกรรมการฯ หากมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงอุปกรณ์ ต้องแจ้งสำนักงานขนส่งจังหวัด หรือ สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนพิจารณาภายใน ๑๕ วัน

๓. หากผู้ได้รับจัดสรรไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขของกรมการขนส่งทางบก ต้องคืนเงินที่ได้รับจัดสรร และหรือชดเชยค่าเสียหายทั้งหมดที่เกิดขึ้นแก่กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน และยินยอมให้ดำเนินการ

ใบรับรองแพทย์



เฉพาะด้านกายอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการ ประสิทธิภาพการทางการเคลื่อนไหว
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	☐ พิกการอ่อนแรงทั้งตัว ☐ พิกการอ่อนแรง ระบุ..... ☐ พิกการแขนขา ระดับ..... ☐ พิกการขา ระดับ..... ☐ อื่นๆ ระบุ.....	พิกการมาแล้ว จำนวน..... ปี เดือน
2. อื่นๆ (ระบุ).....		

3. สาเหตุความพิการ (แพทย์ระบุโดยละเอียด).....

4. อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับสภาพความพิการ (แพทย์ทำเครื่องหมาย✓ในช่อง ☐ หน้าอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับผู้พิการ พร้อมลงลายมือชื่อแพทย์กำกับหลังชื่อประเภทอุปกรณ์นั้นๆ)

- | | |
|--|--|
| 4.1 ☐ แขนเทียมระดับข้อไหล่ ลงชื่อแพทย์..... | 4.2 ☐ แขนเทียมระดับเหนือศอก ลงชื่อแพทย์..... |
| 4.3 ☐ แขนเทียมระดับใต้ศอก ลงชื่อแพทย์..... | 4.4 ☐ ขาเทียมระดับสะโพก ลงชื่อแพทย์..... |
| 4.5 ☐ ขาเทียมระดับเหนือเข่า ลงชื่อแพทย์..... | 4.6 ☐ ขาเทียมระดับข้อเข่า ลงชื่อแพทย์..... |
| () มีโรเตอร์ () ไม่มีโรเตอร์ | () มีโรเตอร์ () ไม่มีโรเตอร์ |
| 4.7 ☐ ขาเทียมระดับใต้เข่า ลงชื่อแพทย์..... | 4.8 ☐ เตียงนอนแบบธรรมดาพร้อมที่นอนธรรมดา ลงชื่อแพทย์..... |
| 4.9 ☐ ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ ลงชื่อแพทย์..... | 4.10 ☐ เบาะรองนั่งป้องกันแผลกดทับ ลงชื่อแพทย์..... |
| 4.11 ☐ รถนั่งธรรมดา (Manual Wheelchair) ต้องระบุข้อมูลในแบบประเมินด้านหลังให้ครบถ้วน ลงชื่อแพทย์..... | |
| 4.12 ☐ รถนั่งไฟฟ้า (Power Wheelchair) ต้องระบุข้อมูลในแบบประเมินด้านหลังให้ครบถ้วน ลงชื่อแพทย์..... | |

สรุปการวินิจฉัยโรค (Dx.) ระบุสภาพความพิการโดยละเอียด เป็นภาษาไทย

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตรา

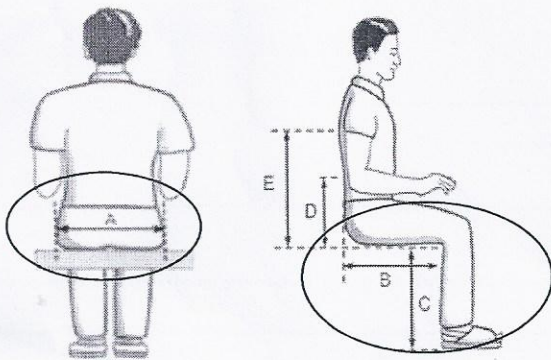
สถานพยาบาลของรัฐ

แบบประเมินเพื่อเลือกรถนั่งคนพิการที่เหมาะสม

สำหรับ (ชื่อ-สกุลคนพิการ).....

1. การวัดขนาดร่างกาย

	การวัดขนาดร่างกาย		ขนาดร่างกาย (ซม.)	การคำนวณขนาดร่างกายไปสู่ขนาดของรถนั่งคนพิการที่เหมาะสม	ขนาดของรถนั่งคนพิการ (ซม.)
A	ความกว้างของสะโพก			ความกว้างของสะโพก = ความกว้างของที่รองนั่ง	
B	ความลึกของที่นั่ง	ชาย		B ลบออก 30 – 50 มม. = ความลึกของที่นั่ง	
		ขวา			
C	ความยาวน่อง	ชาย		= จากขอบบนของเบาะรองนั่งถึงขอบหลังของที่วางเท้า หรือ	
		ขวา		= จากขอบบนของเบาะรองนั่งถึงพื้น กรณีคนพิการใช้เท้าเข็นรถ	



2. ลักษณะที่จำเป็นของรถนั่งคนพิการ ที่เหมาะสมสำหรับคนพิการรายนี้

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

.....

.....

.....

.....

(.....) ผู้ประเมิน

..... ตำแหน่ง

...../...../..... (วันที่ประเมิน)

ประทับตรา

สถานพยาบาลของรัฐ