



## แบบคำขอ

การขอรับจัดสรรเงินจากกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน

สำหรับเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสพภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน

### ๑. ข้อมูลผู้ขอรับจัดสรร

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

เลขประจำตัวประชาชนผู้พิการ

เพศ  ชาย  หญิง พิกัดมาแล้ว.....ปี

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

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หากท่านได้รับอนุมัติจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ ท่านประสงค์รับอุปกรณ์ที่ใด

สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก (กรุงเทพมหานคร)

สำนักงานขนส่งจังหวัด (ระบุ).....

### ๒. ข้อมูลเพื่อการขอรับจัดสรร

สาเหตุของความพิการเนื่องจาก (ระบุสาเหตุ และลักษณะความพิการปัจจุบัน).....

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

ในการประสพภัยจากการใช้รถใช้ถนนดังกล่าวผู้ขอรับจัดสรรเป็น  ผู้ขับขี่รถ  ผู้ได้รับผลกระทบ

การได้รับความช่วยเหลือจากทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน

- ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากกองทุนนี้มาก่อน
- เคยได้รับความช่วยเหลือจากกองทุนนี้มาแล้ว เมื่อ (ระบุวันเดือนปี).....

การได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น

- ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น
- เคยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น(ระบุหน่วยงาน).....  
(ระบุสิ่งที่ได้รับความช่วยเหลือ).....

### ๓. ข้อมูลอุปกรณ์ที่ขอรับจัดสรร

ขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ ดังนี้

#### ๓.๑ แขนเทียม

- แขนเทียมระดับข้อไหล่ ราคา.....บาท  แขนเทียมระดับเหนือศอก ราคา.....บาท
- แขนเทียมระดับใต้ศอก ราคา.....บาท  แขนเทียมระดับข้อมือ (มือเทียม) ราคา.....บาท

#### ๓.๒ ขาเทียม

- ขาเทียมระดับสะโพก ราคา.....บาท  ขาเทียมระดับเหนือเข่า ราคา.....บาท
- ขาเทียมระดับใต้เข่า ราคา.....บาท  ขาเทียมระดับข้อเท้า ราคา.....บาท

#### ๓.๓ รถนั่งคนพิการ

รถนั่งธรรมดา / รถนั่งธรรมดาพร้อมเบาะรองนั่งฯป้องกันแผลกดทับ ราคา.....บาท

รถนั่งไฟฟ้า / รถนั่งไฟฟ้าพร้อมเบาะรองนั่งฯ ราคา.....บาท

๓.๔  รถสามล้อโยก ราคา.....บาท

๓.๕  เบาะรองนั่งป้องกันแผลกดทับ ราคา.....บาท

๓.๖  ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ ราคา.....บาท

#### ๓.๗ เตียงนอน

เตียงนอนไฟฟ้า / เตียงนอนไฟฟ้าพร้อมที่นอนธรรมดา ราคา.....บาท

เตียงนอนธรรมดา/เตียงนอนธรรมดาพร้อมที่นอนธรรมดา ราคา.....บาท

๓.๘  เครื่องช่วยฟัง ราคา.....บาท

๓.๙  คอมพิวเตอร์ หรืออุปกรณ์คอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการทางสายตา ราคา.....บาท

๓.๑๐  ไม้เท้าและไม้ค้ำยัน ราคา.....บาท

๓.๑๑  อื่นๆ (ระบุ) ..... ราคา.....บาท

ราคารวมทั้งสิ้น.....บาท

#### ๔. ข้อมูลการมีอยู่ของอุปกรณ์และการนำอุปกรณ์ไปใช้

ปัจจุบันท่านมีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอยู่หรือไม่

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

การนำอุปกรณ์ไปใช้ประโยชน์ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ใช้ในการดำรงชีวิตประจำวัน.....
- ใช้ในการเดินทางไปประกอบอาชีพ (ระบุอาชีพ).....
- ใช้เพื่อการอื่น ระบุและแนบเอกสารประกอบ (ถ้ามี).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และเป็นการขอรับการช่วยเหลือในส่วนที่นอกเหนือจากค่าสินไหมทดแทนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.๒๕๓๕ หากเป็นความเท็จข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบตามกฎหมายทุกประการ และเมื่อได้รับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือแล้ว ถ้าข้าพเจ้าไม่นำเงินไปซื้อหรือจ้างทำอุปกรณ์ช่วยเหลือ หรือนำอุปกรณ์ช่วยเหลือไปจำหน่าย จ่าย แจก ให้บุคคลอื่น ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินที่ได้รับ รวมทั้งชดใช้ค่าเสียหายทั้งหมดที่เกิดขึ้นแก่กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน

ลงชื่อ ..... ผู้ขอรับจัดสรร

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ กรณีที่ผู้พิการไม่สามารถลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือได้ ให้ผู้ยื่นคำขอแทน เป็นผู้ลงลายมือชื่อแทนผู้ขอรับจัดสรร

ข้อมูลผู้ยื่นคำขอแทน(กรณียื่นคำขอแทนผู้ขอรับจัดสรร)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ผู้ยื่นคำขอแทนผู้พิการ ซึ่งได้แก่  
นาย/นาง/นางสาว.....มีความเกี่ยวข้องกับผู้พิการเป็น

- ๑. ผู้ดูแลคนพิการตามที่ระบุไว้ในบัตรประจำตัวคนพิการ
- ๒. แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง/ผู้อนุบาล
- ๓.ญาติใกล้ชิด (พ่อ /แม่ /สามี /ภรรยา /บุตร /พี่ /น้อง)
- ๔. ผู้ดูแลผู้พิการตามความเป็นจริง ซึ่งมีนาย/นาง/นางสาว.....

ตำแหน่ง.....เป็นผู้รับรอง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และเป็นการขอรับการช่วยเหลือ  
ในส่วนที่นอกเหนือจากค่าสินไหมทดแทนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.๒๕๓๕  
หากเป็นความเท็จข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบตามกฎหมายทุกประการ และเมื่อได้รับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือแล้ว  
ถ้าข้าพเจ้าไม่นำเงินไปซื้อหรือจ้างทำอุปกรณ์ช่วยเหลือ หรือนำอุปกรณ์ช่วยเหลือไปจำหน่าย จ่าย แจก ให้บุคคลอื่น  
ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินที่ได้รับ รวมทั้งชดใช้ค่าเสียหายทั้งหมดที่เกิดขึ้นแก่กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน

ลงชื่อ .....ผู้ยื่นคำขอแทนผู้ขอรับจัดสรร  
(.....)  
วันที่.....

(ลงชื่อผู้รับรองกรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นผู้ดูแลคนพิการตามความเป็นจริงใน ข้อ ๔)

ลงชื่อ .....ผู้รับรอง  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
วันที่.....

ผู้รับรอง ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาเขต สมาชิกสภากรุงเทพมหานคร สมาชิกสภาเทศบาล หรือสมาชิกสภาตำบล  
ในเขตภูมิสำเนาของผู้พิการที่ขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ฯ (กรณีผู้ยื่นคำขอตามาข้อ ๔)

แผนที่ (ที่อยู่ผู้พิการ)

สำหรับเจ้าหน้าที่

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง.....

ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผู้พิการ (บันทึกเพิ่มเติมจากการพูดคุยกับผู้ยื่นคำขอ ในการสอบถามข้อมูลที่กรอกในใบคำขอ และ  
ความเห็นเพิ่มเติมของผู้รับคำขอ).....

.....  
.....

ขอรับรองว่าในวันรับคำขอผู้ยื่นคำขอ ( ) เป็นผู้พิการจริง หรือ ( ) เป็นผู้ทำการแทนผู้พิการตามระเบียบฯ ข้อ ๗ จริง

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

## เอกสารประกอบการขอรับจัดสรร

๑. ภาพถ่ายบัตรประชาชน หรือหลักฐานแสดงตนอื่นใดที่ทางราชการออกให้
๒. ภาพถ่ายบัตรประจำตัวผู้พิการ (ถ้ามี) โดยอย่างน้อยต้องมีรายการ ชื่อ ที่อยู่ของผู้พิการ วันที่ออกบัตรและวันหมดอายุ ประเภทหรือลักษณะความพิการ และชื่อผู้ดูแลผู้พิการ (ถ้ามี)
๓. ภาพถ่ายสำเนาทะเบียนบ้าน
๔. - รูปถ่ายของผู้พิการที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะความพิการอย่างชัดเจนในลักษณะแตกต่างกันขนาด ไม่น้อยกว่า ๗.๖๐ x ๑๒.๗๐ เซนติเมตร และมีอายุไม่เกิน ๖ เดือน จำนวนไม่น้อยกว่า ๓ รูป (โดยลักษณะท่าทางไม่ซ้ำกัน)  
- รูปถ่ายแสดงสภาพอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ขนาดไม่น้อยกว่า ๗.๖๐ x ๑๒.๗๐ เซนติเมตร จำนวน ๑ รูป (ถ้ามีอุปกรณ์)
๕. ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐตามแบบที่อธิบดีกรมการขนส่งทางบกกำหนด
๖. หลักฐานที่ทางราชการออกให้หรือหลักฐานการขอรับหรือได้รับการชดเชยค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทประกันภัยหรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยที่สามารถยืนยันหรือบ่งบอกได้ว่าความพิการนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากได้รับอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน
๗. ใบเสนอราคาอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ พร้อมคุณลักษณะ รูปแบบ และรายละเอียดที่ชัดเจน และมีการรับประกันสินค้าอย่างน้อย ๑ ปี (ขอเป็นภาษาไทย)
๘. ภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนผู้ยื่นคำขอแทน (กรณียื่นคำขอแทน)
๙. หลักฐานที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ยื่นคำขอกับผู้พิการ (กรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง/ผู้อนุบาล/บิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร/พี่/น้อง)
๑๐. ภาพถ่ายบัตรประจำตัวที่แสดงถึงตำแหน่งหน้าที่ของผู้รับรอง (กรณียื่นคำขอแทนเป็นผู้ดูแลตามความเป็นจริง)

(ในกรณีที่หลักฐานตามข้อ ๕ สามารถแสดงได้ว่าความพิการนั้นเกิดจากอุบัติเหตุในการใช้รถใช้ถนน ให้ใช้เป็นหลักฐานตามข้อ ๖ ได้ด้วย)

**หมายเหตุ** ขอรับและจัดส่งแบบคำขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการฯ ได้ที่

- สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก  
อาคาร ๒ ชั้น ๕ โทร. ๐-๒๒๗๑-๘๗๐๕-๗ หรือโทร ๑๕๘๕
- สำนักงานขนส่งจังหวัดทุกจังหวัดทั่วประเทศ

## ใบรับรองแพทย์

เพื่อประกอบการขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสพภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน  
กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก

สถานที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง .....

ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ .....สังกัด.....

ได้ประเมิน(ชื่อ-สกุล).....เลขประจำตัวประชาชน

### แบบประเมิน

๑. การวินิจฉัยโรค(Dx.) ระบุเป็นภาษาไทย.....

๒. ประเภท/รายละเอียดลักษณะความพิการ

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ๒.๑ การเคลื่อนไหว            | <input type="checkbox"/> ๒.๒ การได้ยิน        | <input type="checkbox"/> ๒.๓ การมองเห็น        | <input type="checkbox"/> ๒.๔ ทางสติปัญญา |
| <input type="checkbox"/> ผู้พิการอวัยวะทั้งตัว        | <input type="checkbox"/> ได้ยินไม่ชัดเจน      | <input type="checkbox"/> มองเห็นไม่ชัดเจน      | และการเรียนรู้                           |
| <input type="checkbox"/> ผู้พิการอวัยวะ ครึ่งท่อนล่าง | <input type="checkbox"/> ไม่ได้ยินทั้ง ๒ ข้าง | <input type="checkbox"/> มองไม่เห็นทั้ง ๒ ข้าง |  |
| <input type="checkbox"/> ผู้พิการอวัยวะ ครึ่งซีก      |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> ผู้พิการแขน - ขา ขาด         |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> ๒.๕ อื่นๆ(ระบุ).....         |   |  |  |

๓. สาเหตุของความพิการ (ถ้าสามารถยืนยันได้)

- ประสบอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน(ระบุ).....
- อื่นๆ (ระบุ).....
- ไม่ทราบสาเหตุ

๔. อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับสภาพความพิการ

- |   |   |
|---|---|
| ๔.๑ <input type="checkbox"/> แขนเทียม (ระบุ) .....  | ๔.๒ <input type="checkbox"/> ขาเทียม (ระบุ) .....                   |
| ๔.๓ <input type="checkbox"/> รถนั่งคนพิการชนิดธรรมดาพร้อมเบาะรองนั่ง  | ๔.๔ <input type="checkbox"/> รถนั่งคนพิการชนิดไฟฟ้าพร้อมเบาะรองนั่ง |
| ๔.๕ <input type="checkbox"/> เตียงนอนแบบธรรมดาพร้อมที่นอนธรรมดา   | ๔.๖ <input type="checkbox"/> เตียงนอนแบบไฟฟ้าพร้อมที่นอนธรรมดา      |
| ๔.๗ <input type="checkbox"/> รถสามล้อโยก  | ๔.๘ <input type="checkbox"/> เบาะรองนั่งป้องกันแผลกดทับ             |
| ๔.๙ <input type="checkbox"/> ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ  | ๔.๑๐ <input type="checkbox"/> เครื่องช่วยฟัง                        |
| ๔.๑๑ <input type="checkbox"/> ไม้เท้าและไม้ค้ำยัน   |   |
| ๔.๑๒ <input type="checkbox"/> คอมพิวเตอร์ หรืออุปกรณ์คอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการทางสายตา (สำหรับผู้พิการทางสายตาเท่านั้น) |   |
| ๔.๑๓ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ) .....   |   |

๕. ความเห็นอื่น (ถ้ามี)

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตรา

สถานพยาบาลของรัฐ