

# ด่วนที่สุด

ที่ นน ๐๐๓๒.๐๐๓.๒/๗๕๖๕



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน  
ถนนวรวิชัย นน ๕๕๐๐๐

๑๑ กรกฎาคม ๒๕๕๙

เรื่อง การเปิดรับคำขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง/สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๒๘.๐๖/๒๑๒๗๒ ลงวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๕๙

ด้วยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์เปิดคำขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ตามประกาศกรมการขนส่งทางบก ระหว่างวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๙-๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๙ รายละเอียดตามสำเนาหนังสือที่ส่งมาด้วย

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่านจึงขอความร่วมมือหน่วยงานของท่านประชาสัมพันธ์ให้ผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนนขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือฯ ตามประกาศกรมการขนส่งทางบกต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายนิพนธ์ พัฒนกิจเรือง)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

โทร ๐๕๕-๗๑๐๑๙๐, ๗๑๐๓๘๓ ต่อ ๑๔๑

โทรสาร.๐๕๕-๗๑๐๕๕๙, ๐๕๕-๗๗๒๖๔๗

# ด่วนที่สุด

ที่ สธ ๐๒๒๘.๐๖/ ๒๑๒ ๙๒

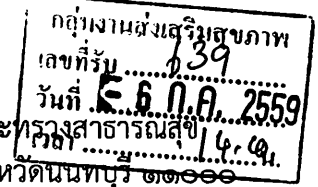


คำสั่งทางราชการของจังหวัด

เลขที่รับ 7746

วันที่ ๖ กค ๒๕๕๙

เวลา 11.09



สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑ กรกฎาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์เปิดรับคำขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทุกจังหวัด

- |                  |  |              |
|------------------|--|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. สำเนาหนังสือกรมการขนส่งทางบก ด่วนที่สุด<br>ที่ คค ๐๔๑๗.๔/ว๑๖๗ ลงวันที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๕๙                  | จำนวน ๑ ฉบับ |
|                  | ๒. ประกาศกรมการขนส่งทางบก  | จำนวน ๑ ฉบับ |
|                  | ๓. แบบรับคำขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ<br>อันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน | จำนวน ๑ ฉบับ |
|                  | ๔. ใบรับรองแพทย์   | จำนวน ๑ ฉบับ |

ด้วยกรมการขนส่งทางบกได้แจ้งว่า กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนได้กำหนดเปิดรับคำขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ ระหว่างวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๙ ถึงวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๙ ซึ่งเป็นการจัดสรรเงินสำหรับเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือที่ผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนนเท่านั้น และเป็นการช่วยเหลือในส่วนที่นอกเหนือจากค่าสินไหมทดแทนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. ๒๕๓๕ ตามรายละเอียดในการประกาศกรมการขนส่งทางบก (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒) โดยสามารถเลือกดูอุปกรณ์ที่เหมาะสมประเภทที่แพทย์ระบุ ได้จากคู่มือคุณสมบัติของอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ (ฉบับแก้ไข) จากเว็บไซต์ [www.dlt.go.th](http://www.dlt.go.th) หรือ [www.roadsafefund.com](http://www.roadsafefund.com) หรือ [www.tabienrod.com](http://www.tabienrod.com) ที่เมนูคู่มืออุปกรณ์ผู้พิการ และสามารถยื่นคำขอตามแบบที่แนบท้ายประกาศกรมการขนส่งทางบกด้วยตนเอง ที่สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน สำนักมาตรฐานงานทะเบียนและภาษีรถ กรมการขนส่งทางบก หรือสำนักงานขนส่งจังหวัดทั่วประเทศ ที่ใดที่หนึ่งที่สามารถเดินทางไปติดต่อได้สะดวก โดยสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ทางโทรศัพท์หมายเลข ๐ ๒๒๗๑ ๘๘๘๘ ต่อ ๒๕๑๑-๒๕๑๕ หรือ Call Center ๑๕๘๔ หรือทางเว็บไซต์ข้างต้น ทั้งนี้ กรมการขนส่งทางบกได้ขอความอนุเคราะห์ให้ประชาสัมพันธ์การเปิดรับคำขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ ไปยังหน่วยงานในสังกัด

ในการนี้ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงขอความร่วมมือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในการประชาสัมพันธ์ให้โรงพยาบาลในสังกัดทราบการเปิดรับคำขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ฯ ดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความร่วมมือประชาสัมพันธ์การเปิดรับคำขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

สำนักบริหารการสาธารณสุข  
กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการเฉพาะ  
โทร. ๐ ๒๕๙๐ ๒๕๕๗  
โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๑๗๔๐  
๙๔๖๖

(นายสมศักดิ์ อรรณศิลป์)

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติราชการแทน  
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

၆၆၁၆ နမ.၈၈၀

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขอเสนอร่วมมือ  
สสจ. ทั่วประเทศ หารูปแบบ ดำเนินการจัดสรรเงินค่า  
อุปกรณ์ห้องปลอดฝุ่นในโรงเรียน มาจากแหล่งที่มา  
ที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำจังหวัด ๒๕๕๙

เรียนทางโรงเรียน รพ.บ้าน/รพช. ทุกแห่ง/สสอ.ทุกแห่ง  
เพื่อประชาสัมพันธ์ให้ผู้ปกครองทั่วๆไป เข้าใจในโครงการต่อไป  
ขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ ซึ่งเงินคือ จากกรมการแพทย์  
ทบไป. โดยแจ้งผ่านเว็บไซต์ สสอ.บ้าน

- ၆၈ - ဂ.ဂ. ပဒေသာ

For  
al

(นายนิพนธ์ พัฒนกิจเรือง)  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน

- ៤ - ព.ក. ២៥៥៥

# ด่วนที่สุด

ที่ คค ๐๔๑๗.๔/๑๖๓๗



ฝ่ายบริหารทั่วไป
เลขรับ ๙๖๓๑
วันที่ ๒๐-๖-๕๙
เวลา ๑๑.๔๔

กระทรวงสาธารณสุข
เลขรับ 34097
วันที่ ๒๐ มิ.ย. ๒๕๕๙
เวลา ๑.๒๐

บริการเฉพาะ
100๒
วันที่ 23 มิ.ย. 255๙
เวลา ๑๑.๑๑

ผู้อำนวยการ
กลุ่มบริหารทั่วไป
เลขรับ ๙๖๓๑
วันที่ 20-6-59
เวลา 14:06

สำนักงาน มอ.สรส.
เลขที่ ๕๓๙๕
วันที่ ๒๒ มิ.ย. ๒๕๕๙
เวลา 14:4๖
๖ มิถุนายน ๒๕๕๙

กรมการขนส่งทางบก

๑๐๓๒ ถนนพหลโยธิน

แขวงจอมพล เขตจตุจักร

กรุงเทพฯ ๑๐๙๐๐

สำนักงานบริหารการจราจร
เลขรับ 534๘
วันที่ ๒๒ มิ.ย. ๒๕๕๙
เวลา 14:16

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์การเปิดรับคำขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙

เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ห้องรองปลัดกระทรวง
นพ.สมศักดิ์ ชุรรณศิลป์
เลขรับ 9025
วันที่ ๒๑ มิ.ย. ๒๕๕๙
เวลา 15:56

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ประกาศกรมการขนส่งทางบก เรื่อง การขอรับจัดสรรเงินกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ จำนวน ๑ ชุด
๒. คู่มือกำหนดคุณลักษณะอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ (ฉบับแก้ไข) ในส่วนของ หน้าปก และ หน้าที่แก้ไข จำนวน ๒ แผ่น
๓. โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์การเปิดรับคำขอรับจัดสรรเงินกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน

ด้วยกรมการขนส่งทางบก โดยกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน ได้กำหนดเปิดรับคำขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ ระหว่างวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๙ ถึง ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๙ ซึ่งเป็นการจัดสรรเงินสำหรับเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนนเท่านั้น และเป็นการช่วยเหลือในส่วนที่นอกเหนือจากค่าสินไหมทดแทนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. ๒๕๓๕ ตามรายละเอียดในประกาศกรมการขนส่งทางบก (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑) โดยผู้สนใจสามารถเลือกดูอุปกรณ์ที่เหมาะสมตามประเภทที่แพथระบุ ได้จากคู่มือคุณลักษณะอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ (ฉบับแก้ไข) ได้ที่เว็บไซต์ [www.dlt.go.th](http://www.dlt.go.th) หรือ [www.roadssafefund.com](http://www.roadssafefund.com) หรือ [www.tabienrod.com](http://www.tabienrod.com) ที่เมนูคู่มืออุปกรณ์ผู้พิการฯ หรือสามารถดูจากคู่มือฯ ฉบับที่ได้เคยจัดส่งให้ ตามหนังสือกรมการขนส่งทางบกที่ คค ๐๔๑๗.๔/๑๒๔๒๕ ลงวันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๕๘ โดยขอความร่วมมือให้แก้ไขหน้าปก และหน้า ๑๒๐ ซึ่งได้จัดส่งมาพร้อมนี้ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒) และสามารถยื่นคำขอตามแบบที่แนบท้ายประกาศกรมการขนส่งทางบก ด้วยตนเอง ที่สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน สำนักมาตรฐานงานทะเบียนและภาษีรถ กรมการขนส่งทางบก หรือที่สำนักงานขนส่งจังหวัดทั่วประเทศ ที่ใดที่หนึ่งที่สามารถเดินทางไปติดต่อได้สะดวก สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ทางโทรศัพท์หมายเลข ๐ ๒๒๗๑ ๘๘๘๘ ต่อ ๒๕๑๑-๒๕๑๕ หรือ Call Center ๑๕๘๔ หรือทางเว็บไซต์ดังกล่าวข้างต้น

ในการนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านประชาสัมพันธ์การเปิดรับคำขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ พร้อมนี้ได้ส่งโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์การเปิดรับคำขอดังกล่าว มาด้วยแล้ว (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๓)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ให้ผู้พิการอันเนื่องมาจากการ  
ประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนนได้รับทราบโดยทั่วกัน ต่อไปด้วย จักขอบคุณยิ่ง

๑) เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
เพื่อโปรดทราบและพิจารณา  
จะเป็นพระคุณ

(นางนันทพร มานะเนตร)  
ผู้อำนวยการกลุ่มบริหารทั่วไป

๒๑ มี.ย. ๒๕๕๙

ขอแสดงความนับถือ

(นายสนธิ พรหมวงษ์)  
อธิบดีกรมการขนส่งทางบก

๒) มอบ สบรส. ดำเนินการ

(นายสมศักดิ์ อรรถศิลป์)

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข รักษาราชการแทน  
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๒๑ มี.ย. ๒๕๕๙

สำนักมาตรฐานงานทะเบียนและภาษีรถ

สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน

โทร. ๐ ๒๒๗๑ ๘๗๐๖

โทรสาร. ๐ ๒๒๗๑ ๕๙๓๘

ทราบ

มอบ.....

เรียน แอ.อภมรพร พรหมสวัสดิ์  
ไปรษณีย์กลางกรุงเทพ ฯ กทม. ๑๐๑๐๐  
๒๓ มี.ย. ๕๙

เรียน คุณกฤษณ์  
ไปรษณีย์กลางกรุงเทพ ฯ  
๒๓ มี.ย. ๕๙

(นายกิตติ กรรภิรมย์)  
ผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข

วิสัยทัศน์กรมการขนส่งทางบก พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๓

“เป็นองค์กรแห่งนวัตกรรมในการควบคุม กำกับ ดูแล ระบบการขนส่งทางถนน ให้มีคุณภาพและปลอดภัย”



ประกาศกรมการขนส่งทางบก  
เรื่อง การขอรับจัดสรรเงินกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน  
เป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙

เพื่อให้การจัดสรรเงินกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน สำหรับเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน เป็นไปด้วยความเรียบร้อย ตามวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุน อธิบดีกรมการขนส่งทางบกจึงออกประกาศรับคำขอรับจัดสรรเงินกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ ไว้ดังต่อไปนี้

๑. คุณสมบัติของผู้ขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ
  - (๑) ต้องเป็นผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน
  - (๒) การจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ ให้พิจารณาจัดสรรแก่ผู้พิการที่ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากกองทุนนี้ หรือไม่เคยได้รับอุปกรณ์ประเภทเดียวกันกับที่ขอรับจัดสรรจากหน่วยงานอื่นมาก่อน หรือเคยได้รับความช่วยเหลือจากกองทุนนี้มาแล้วเกินกว่า ๕ ปี หรือเคยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นมาแล้วเกินกว่า ๓ ปี ทั้งนี้ การนับระยะเวลาดังกล่าว ให้นับตามปีงบประมาณที่ได้รับจัดสรร
  - (๓) ต้องไม่เคยเป็นผู้ฝ่าฝืนเงื่อนไขของกรมการขนส่งทางบกเกี่ยวกับการจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ

๒. อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการต้องเป็นอุปกรณ์ที่จำหน่ายโดยผู้จำหน่ายที่ขึ้นบัญชีไว้กับกรมการขนส่งทางบกเท่านั้น และเป็นอุปกรณ์ ดังต่อไปนี้

- (๑) แขนเทียม
- (๒) ขาเทียม
- (๓) รถนั่งสำหรับผู้พิการ
- (๔) เบาะรองนั่งป้องกันแผลกดทับ
- (๕) เตียงนอนธรรมดา ๓ ไก
- (๖) ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ

ทั้งนี้ จะพิจารณาจัดสรรให้ตามความเหมาะสมกับสภาพความพิการ และสภาพการใช้งานของผู้พิการเป็นราย ๆ ไป

๓. เอกสารประกอบคำขอ

ผู้ขอรับจัดสรรฯ ต้องยื่นคำขอตามแบบที่แนบท้ายประกาศนี้ พร้อมด้วยหลักฐานดังต่อไปนี้

(๑) ภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชน หรือหลักฐานแสดงตนอื่นใดที่ทางราชการออกให้

(๒) ภาพถ่ายบัตรประจำตัวผู้พิการ(ถ้ามี) โดยอย่างน้อยให้มีรายการดังต่อไปนี้

(ก) ชื่อ ที่อยู่ของผู้พิการ

(ข) วันที่ออกบัตรและวันหมดอายุ

(ค) ประเภทหรือลักษณะความพิการ

(ง) ชื่อผู้ดูแลผู้พิการ (ถ้ามี)

(๓) ภาพถ่ายสำเนาทะเบียนบ้าน

(๔) รูปถ่ายของผู้พิการที่แสดงให้เห็นถึงความพิการอย่างชัดเจนในลักษณะที่แตกต่างกัน ขนาดไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว และมีอายุไม่เกิน ๖ เดือน อย่างน้อยจำนวน ๓ รูป ในกรณีที่ผู้พิการมีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอยู่แล้ว ให้แนบริปูถ่ายอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่มีอยู่ในปัจจุบัน ขนาดไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว อย่างน้อยจำนวน ๑ รูป มาด้วย

ในกรณีขออุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการเป็นรถนั่งไฟฟ้าสำหรับคนพิการต้องแนบริปูถ่ายสภาพพื้นที่บริเวณที่พักอาศัยหรือบ้านพักโดยรอบ ขนาดไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว อย่างน้อยจำนวน จำนวน ๒ รูป มาด้วย

(๕) ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐตามแบบที่อธิบดีกรมการขนส่งทางบกกำหนด

(๖) ประวัติทางการแพทย์จากทะเบียนผู้ป่วย (OPD Card) หรือหลักฐานที่ทางราชการออกให้หรือหลักฐานการขอรับหรือได้รับการชดเช้ค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทประกันภัยหรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย ที่สามารถยืนยันหรือบ่งบอกได้ว่าความพิการนั้นเกิดจากอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน

๔. ให้ผู้ขอรับจัดสรรเลือกอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการจากคู่มือกำหนดคุณลักษณะอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการของกรมการขนส่งทางบก (ฉบับแก้ไข) โดยสามารถดูได้จากเล่มคู่มือฯ ณ สำนักงานที่ยื่นคำขอ หรือดูได้จากเว็บไซต์ [www.dlt.go.th](http://www.dlt.go.th) , [www.roadssafefund.com](http://www.roadssafefund.com) หรือ [www.tabienrod.com](http://www.tabienrod.com) (ที่เมนูคู่มืออุปกรณ์ผู้พิการฯ) ทั้งนี้ อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการดังกล่าวต้องเป็นอุปกรณ์ที่แพทย์ระบุในใบรับรองแพทย์ตามข้อ ๓ (๕) ว่าเหมาะสมกับผู้พิการ

๕. คำขอและวิธีการยื่นคำขอ

ผู้ขอรับจัดสรรต้องลงลายมือชื่อในคำขอและยื่นคำขอด้วยตนเอง ในกรณีผู้ขอรับจัดสรรไม่สามารถลงลายมือชื่อหรือยื่นคำขอด้วยตนเองได้ ให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งดังต่อไปนี้เป็นผู้ยื่นคำขอแทน

(๑) ผู้ดูแลผู้พิการตามที่ระบุไว้ในบัตรประจำตัวผู้พิการ

(๒) ผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองในกรณีที่ผู้พิการเป็นผู้เยาว์ หรือผู้อนุบาลในกรณีที่ผู้พิการเป็นคนที่ไร้ความสามารถ

(๓) บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน หรือพี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน

(๔) บุคคลที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสถานพยาบาลของรัฐที่สูงกว่ารับรองว่าเป็นผู้ดูแลผู้พิการตามความเป็นจริง

ผู้ยื่นคำขอแทนผู้พิการต้องแนบริปูถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอแทน หากผู้ยื่นคำขอแทนเป็นบุคคลตาม (๒) และ (๓) ต้องแนบริปูหลักฐานที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ยื่นคำขอกับผู้พิการเพิ่มเติม และถ้าบุคคลที่ยื่นคำขอแทนเป็นบุคคลตาม (๔) ต้องแนบริปูรับรองจากหน่วยงานที่รับรองว่าเป็นผู้ดูแลผู้พิการตามความเป็นจริงเป็นหลักฐานประกอบด้วย

๖. สถานที่ยื่นคำขอและกำหนดเวลายื่นคำขอ

ผู้พิการที่ประสงค์ขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการให้ยื่นคำขอได้ที่สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน สำนักมาตรฐานงานทะเบียนและภาษีรถ กรมการขนส่งทางบก หรือที่สำนักงานขนส่งจังหวัด ที่ใดที่หนึ่งที่สามารถเดินทางไปติดต่อได้สะดวก ในระหว่างวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๙ - ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๙ ในวัน และเวลาราชการ

๗. เกณฑ์การพิจารณาจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ

การจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ให้พิจารณาตามหลักเกณฑ์โดยคำนึงถึงองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

- (๑) การเป็นผู้ใช้รถใช้ถนนโดยถูกต้อง
- (๒) ลักษณะหรือสภาพความพิการ
- (๓) ความจำเป็นที่ต้องมีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ
- (๔) ประโยชน์จากการนำอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการไปใช้
- (๕) ความเหมาะสมของอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ขอรับจัดสรร
- (๖) กรณีอื่นตามที่คณะกรรมการกำหนด

๘. การอนุมัติเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ

เมื่อคณะกรรมการมีมติประกาศรายชื่อผู้ได้รับจัดสรรให้ถือเป็นที่สุด และให้สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนมีหนังสือแจ้งผู้ขอรับจัดสรรทราบภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันอนุมัติ และให้แจ้งวงเงินที่ได้รับอนุมัติ รวมทั้งรหัสอุปกรณ์ตามคู่มือกำหนดคุณลักษณะอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการของกรมการขนส่งทางบก พร้อมรายชื่อผู้จำหน่ายอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการให้ผู้ได้รับจัดสรรทราบด้วย เพื่อให้ผู้ได้รับจัดสรรเลือกผู้จำหน่ายอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการตามที่ได้รับแจ้ง

เมื่อผู้ได้รับจัดสรรได้ดำเนินการจัดซื้อหรือจัดจ้างทำอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการแล้ว ให้แจ้งสำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน หรือสำนักงานขนส่งจังหวัดที่ยื่นคำขอ ภายใน ๖๐ วัน นับแต่วันได้รับหนังสือแจ้งมติอนุมัติเพื่อกำหนด วัน เวลา และสถานที่รับเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการต่อไป

๙. การจ่ายเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการให้จ่ายเป็นเงินสด หรือเช็ค ตามจำนวนเงินที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินวงเงินที่ได้รับอนุมัติ โดยผู้ได้รับจัดสรรต้องนำใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี หรือหลักฐานการแจ้งหนี้ พร้อมอุปกรณ์ ช่วยเหลือผู้พิการที่ได้รับอนุมัติให้จัดซื้อหรือจัดจ้างมาแสดงต่อคณะกรรมการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการภายใน ๑๒๐ วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งอนุมัติ

๑๐. เงื่อนไขที่ผู้ได้รับจัดสรรต้องดำเนินการ หากไม่ดำเนินการภายในเวลาที่กำหนดจะถือว่าการอนุมัติจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการเป็นอันสิ้นผล

(๑) ต้องติดต่อสำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน สำนักมาตรฐานงานทะเบียนและภาษีรถ หรือสำนักงานขนส่งจังหวัดที่ยื่นคำขอ ภายใน ๖๐ วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งมติอนุมัติ

(๒) ต้องยินยอมและให้ความร่วมมือคณะกรรมการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเข้าไปตรวจสอบ หรือตรวจติดตามการจัดซื้อจัดจ้างอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการตามที่ได้รับอนุมัติ

(๓) ต้องนำใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษีหรือหลักฐานการแจ้งหนี้ พร้อมอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ได้รับอนุมัติ ให้จัดซื้อจัดจ้างไปแสดงต่อคณะกรรมการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายภายใน ๑๒๐ วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งอนุมัติ



(๓) ต้องนำใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษีหรือหลักฐานการแจ้งหนี้ พร้อมอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ได้รับอนุมัติ ให้จัดซื้อจัดจ้างไปแสดงต่อคณะกรรมการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย ภายใน ๑๒๐ วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งอนุมัติ

๑๑. ภายในกำหนดระยะเวลา ๕ ปี ห้ามผู้ได้รับจัดสรรนำอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ได้รับอนุมัติ ไปจำหน่าย จ่าย แจกหรือให้บุคคลอื่น ในกรณีที่พบว่าผู้ได้รับจัดสรรนำอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ ไปจำหน่าย จ่าย แจกหรือให้บุคคลอื่น ให้สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน เรียกอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการดังกล่าวคืน และตัดสิทธิ์ที่จะขอรับจัดสรรใหม่

ในกรณีที่สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน สำนักมาตรฐานงานทะเบียนและภาษีรถ เรียกอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการคืนตามวรรคหนึ่งแล้วไม่ได้รับอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการคืน ให้รายงานคณะกรรมการทราบเพื่อพิจารณาดำเนินการตามควรแก่กรณี

๑๒. กรณีมีปัญหาในการปฏิบัติตามประกาศนี้ ให้อธิบดีกรมการขนส่งทางบกเป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาด คำวินิจฉัยดังกล่าวให้ถือเป็นที่สุด

๑๓. วิธีปฏิบัตินอกจากที่กำหนดไว้แล้วในประกาศนี้ ให้ปฏิบัติตามระเบียบแบบแผนของทางราชการโดยอนุโลม

ทั้งนี้ ผู้พิการที่สนใจขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน สำนักมาตรฐานงานทะเบียนและภาษีรถ กรมการขนส่งทางบก โทรศัพท์หมายเลข ๐ ๒๒๗๑ ๘๘๘๘ ต่อ ๒๕๑๑-๒๕๑๕ หรือ Call Center ๑๕๘๔ ในวันและเวลาราชการ หรือทางเว็บไซต์ [www.dlt.go.th](http://www.dlt.go.th) , [www.roadsafefund.com](http://www.roadsafefund.com) และ [www.tablienrod.com](http://www.tablienrod.com)

ประกาศ ณ วันที่ ๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๙



(นายสนธิ พรหมวงษ์)

อธิบดีกรมการขนส่งทางบก



## 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.....

\* โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณา



#### ๔. ข้อมูลของอุปกรณ์ขณะขอรับการจัดสรร

ปัจจุบันท่านมีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอยู่หรือไม่

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และเป็นการขอรับการช่วยเหลือในส่วนที่นอกเหนือจากค่าสินไหมทดแทนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.๒๕๓๕ หากเป็นความเท็จข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบตามกฎหมายทุกประการ 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 หากเป็นความเท็จข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบตามกฎหมายทุกประการ

ลงชื่อ ..... ผู้ยื่นคำขอแทนผู้ขอรับจัดสรร

(.....)

วันที่.....

กรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นผู้ดูแลผู้พิการตามความเป็นจริง (ไม่ได้เป็นญาติใกล้ชิด หรือผู้แทนโดยชอบธรรม)

(ผู้รับรอง) ได้แก่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสถานพยาบาลของรัฐที่สูงกว่า)

คามหนังสือรับรองเลขที่.....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.....

\* โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณา

## เอกสารประกอบการขอรับจัดสรร



- ☐ ๑) ภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชน หรือหลักฐานแสดงตนอื่นใดที่ทางราชการออกให้
- ☐ ๒) ภาพถ่ายบัตรประจำตัวผู้พิการ (ถ้ามี) โดยอย่างน้อยต้องมีรายการ ชื่อ ที่อยู่ของผู้พิการ วันที่ออกบัตรและวันหมดอายุ ประเภทหรือลักษณะความพิการ และชื่อผู้ดูแลผู้พิการ (ถ้ามี)
- ☐ ๓) ภาพถ่ายสำเนาทะเบียนบ้าน
- ☐ ๔) รูปถ่ายของผู้พิการ
  - รูปถ่ายของผู้พิการที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะความพิการอย่างชัดเจนในลักษณะแตกต่างกันขนาดไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้วและมีอายุไม่เกิน ๖ เดือน อย่างน้อยจำนวน ๕ 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 หรือหลักฐานการขอรับหรือได้รับการชดเช้ค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทประกันภัย หรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยที่สามารถยืนยันหรือบ่งบอกได้ว่าความพิการนั้นเกิดจากอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน
- ☐ 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(ฉบับแก้ไข) ได้จากสำนักงานที่ยื่นคำขอ หรือเว็บไซต์ [www.dlt.go.th](http://www.dlt.go.th), [www.roadsafefund.com](http://www.roadsafefund.com) และ [www.tabienrod.com](http://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. ภายหลังจากรับการแจ้งผลได้รับพิจารณาอนุมัติจัดสรรฯ จากคณะกรรมการฯ หากมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงอุปกรณ์ ต้องแจ้งสำนักงานขนส่งจังหวัด หรือ สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนพิจารณา ภายใน ๑๕ วัน

๓. หากผู้ได้รับจัดสรรไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขของกรมการขนส่งทางบก ต้องคืนเงินที่ได้รับจัดสรร และหรือชดเช้ค่าเสียหายทั้งหมดที่เกิดขึ้นแก่กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน และยินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

# ใบรับรองแพทย์



เฉพาะด้านกายอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการ ประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหว  
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	<input type="checkbox"/> พิกการอ่อนแรงทั้งตัว <input type="checkbox"/> พิกการอ่อนแรง ระบุ..... <input type="checkbox"/> พิกการแขนขา ระดับ..... <input type="checkbox"/> พิกการขา ระดับ..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	พิกการมาแล้ว จำนวน..... ปี ..... เดือน
2. อื่นๆ (ระบุ).....	.....	

3. สาเหตุความพิการ(แพทย์ระบุโดยละเอียด).....

4. อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับสภาพความพิการ(แพทย์ทำเครื่องหมายในช่อง ☐ หน้าอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับผู้พิการ พร้อมลงลายมือชื่อแพทย์กำกับหลังชื่อประเภทอุปกรณ์นั้นๆ)

4.1 ☐ แขนเทียม(ระดับ) .....

4.2 ☐ ขาเทียม(ระดับ) .....

4.3 ☐ รถนั่งคนพิการชนิดธรรมดา

4.4 ☐ รถนั่งคนพิการชนิดไฟฟ้า

4.5 ☐ เบาะรองนั่งป้องกันแผลกดทับ

4.6 ☐ ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ

4.7 ☐ เตียงนอนแบบธรรมดาพร้อมที่นอนธรรมดา

สรุปการวินิจฉัยโรค (Dx) ระบุสภาพความพิการโดยละเอียด เป็นภาษาไทย

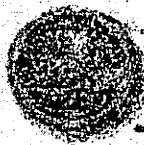
ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตรา

สถานพยาบาลของรัฐ



# กรมการขนส่งทางบก



กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.)

เปิดรับค่าขอรับจัดสรรเงินเพื่อความปลอดภัยในการ

ใช้รถใช้ถนนจากกรมการขนส่งทางบก

กำหนดเวลาที่ยื่นคำขอ

วันที่ 15 ธ.ค. 2559 - วันที่ 15 ก.ค. 2560

สถานที่ยื่นคำขอ

1. สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัย

ในการใช้รถใช้ถนน กรมขนส่งทางบก

โทร. 02-271-8888 ต่อ 2511-2515

หรือโทร 1584

2. สำนักงานขนส่งจังหวัดทุกจังหวัด

หรือโทร 1584



ประจักษ์เลื่อง มีส่วนร่วมในการ

ขอรับ

เงินอุดหนุนจากกรมการขนส่งทางบก

เพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ

และครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากอุบัติเหตุ

การจราจรที่รุนแรงและอันตราย

ขอรับเงินอุดหนุนจากกรมการขนส่งทางบก

เพื่อช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ

และครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากอุบัติเหตุ

การจราจรที่รุนแรงและอันตราย

ขอรับเงินอุดหนุนจากกรมการขนส่งทางบก

เพื่อช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ

และครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากอุบัติเหตุ

การจราจรที่รุนแรงและอันตราย

ขอรับเงินอุดหนุนจากกรมการขนส่งทางบก

เพื่อช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ

และครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากอุบัติเหตุ

การจราจรที่รุนแรงและอันตราย

ขอรับเงินอุดหนุนจากกรมการขนส่งทางบก

เพื่อช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ

และครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากอุบัติเหตุ

การจราจรที่รุนแรงและอันตราย

ขอรับเงินอุดหนุนจากกรมการขนส่งทางบก

เพื่อช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ

และครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากอุบัติเหตุ

การจราจรที่รุนแรงและอันตราย

ขอรับเงินอุดหนุนจากกรมการขนส่งทางบก

เพื่อช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ

และครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากอุบัติเหตุ

การจราจรที่รุนแรงและอันตราย

ขอรับเงินอุดหนุนจากกรมการขนส่งทางบก

เพื่อช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ

และครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากอุบัติเหตุ

การจราจรที่รุนแรงและอันตราย

ขอรับเงินอุดหนุนจากกรมการขนส่งทางบก

เพื่อช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ

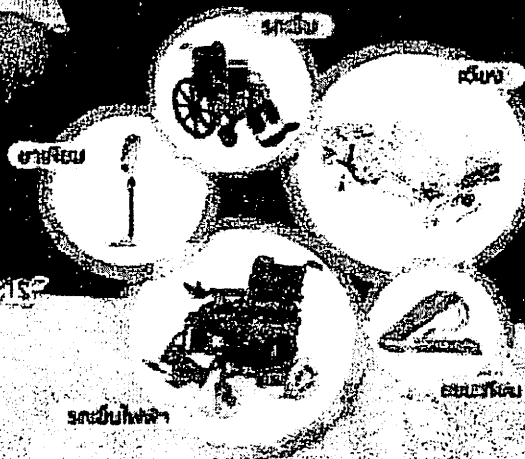
และครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากอุบัติเหตุ

การจราจรที่รุนแรงและอันตราย

ขอรับเงินอุดหนุนจากกรมการขนส่งทางบก

เพื่อช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ

และครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากอุบัติเหตุ



ยื่นขอรับเงินอุดหนุน

เป็นเงินอุดหนุน

เป็นเงินอุดหนุน

เป็นเงินอุดหนุน

เป็นเงินอุดหนุน

เป็นเงินอุดหนุน

เป็นเงินอุดหนุน

เป็นเงินอุดหนุน

เป็นเงินอุดหนุน

เป็นเงินอุดหนุน

เป็นเงินอุดหนุน

เป็นเงินอุดหนุน

สงวน

ทางอินเทอร์เน็ตเท่านั้น  
www.tabienrod.com

ติดต่อ โทร. 11 โทร. 59

ติดต่อ โทร. 11 โทร. 59 ติดต่อ โทร. 1500 น. ติดต่อ โทร.