



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.....

สถานที่พักอาศัย ☐ 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.....

๒. ความพิการ*

๒.๑ อธิบายลักษณะของการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งส่งผลให้เกิดความพิการในปัจจุบันโดยละเอียด.....

.....

.....

.....

.....

๒.๒ ลักษณะหรือสภาพความพิการ*

- ☐ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
- ☐ ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง แต่ต้องมีคนคอยดูแล
- ☐ ประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้

๒.๓ ระยะเวลา : พิกัดมาแล้วปี เดือน (นับถึงวันยื่นแบบคำขอฯ)

๓.การได้รับความช่วยเหลือจาก กปด./หน่วยงานอื่น* (เคยได้รับความช่วยเหลือจากกองทุนหรือส่วนราชการอื่น หรือหน่วยงานอื่นของรัฐเกินกว่า ๓ ปี นับถึงวันที่ปิดรับคำขอ เว้นแต่กรณีเป็นขาเทียมหรือแขนเทียมที่เคยได้รับความช่วยเหลือมาแล้วเกินกว่า ๒ ปี หรือเป็นอุปกรณ์คนละประเภทกับที่เคยได้รับความช่วยเหลือ)

๓.๑ การได้รับความช่วยเหลือจาก กปด.

- ☐ เคยได้รับความช่วยเหลือจาก กปด. มาแล้วเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.
- ระบุประเภทและลักษณะอุปกรณ์ให้ชัดเจน.....
- ☐ ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจาก กปด. มาก่อน

๓.๒ การได้รับความช่วยเหลือจากส่วนราชการอื่น หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ

- ☐ เคยได้รับความช่วยเหลือจากส่วนราชการอื่น หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ
- (กรณารับซื้อหน่วยงาน).....
- เมื่อวันที่/เดือน/ปี/...../.....
- ระบุประเภทและลักษณะอุปกรณ์ให้ชัดเจน.....
- ได้รับโดยการ ☐ ยืมชั่วคราว ☐ บริจาค ☐ เบิกตามสิทธิ์ ☐ อื่น ๆ (ระบุ.....)
- ☐ ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากส่วนราชการอื่น หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ

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 ☐ กายอุปกรณ์เสริม (โลหะตามขา)
- ๔.๒.๔ ☐ รถนั่งสำหรับผู้พิการ
- ๔.๒.๕ ☐ เบาะรองนั่งป้องกันแผลกดทับ
- ๔.๒.๖ ☐ เครื่องดูดเสมหะ
- ๔.๒.๗ ☐ เครื่องผลิตออกซิเจน
- ๔.๒.๘ ☐ ที่นอน
- 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 พอสังเขป

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และเป็นการขอรับการช่วยเหลือในส่วนที่นอกเหนือจากค่าสินไหมทดแทนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. ๒๕๓๕ หากเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบตามกฎหมายทุกประการ และเมื่อได้รับจัดสรรเงินอุปกรณ์ช่วยเหลือแล้ว ข้าพเจ้าจะใช้อุปกรณ์ที่ได้รับจัดสรรตามปกติวิสัยตลอดการใช้งาน โดยไม่นำอุปกรณ์ดังกล่าวไปจำหน่าย จ่ายแจก หรือยกให้บุคคลอื่น ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะบำรุงรักษาอุปกรณ์ดังกล่าวให้อยู่ในสภาพใช้งานได้ตามปกติ หากตรวจพบว่าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะส่งคืนอุปกรณ์ให้กับหน่วยงานที่ขอรับจัดสรรและรับทราบว่าจะต้องถูกตัดสิทธิในการยื่นคำขอรับจัดสรรใหม่

ลงชื่อ ผู้ขอรับจัดสรร

(.....)

วันที่

หมายเหตุ กรณีที่ผู้พิการไม่สามารถลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือได้ ให้ผู้ยื่นคำขอแทน เป็นผู้ลงลายมือชื่อแทนผู้ขอรับจัดสรร

กรณียื่นคำขอแทนผู้ขอรับจัดสรร

ยื่นคำขอแทนผู้พิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

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

(พร้อมรูปถ่ายสภาพพื้นที่บริเวณที่พักอาศัยหรือบ้านพักโดยรอบ จำนวน ๒ รูป กรณีขอรับจัดสรรอุปกรณ์รณรงค์ไฟฟ้า)

หมายเหตุ ๑. สามารถขอรับแบบคำขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการฯ และจัดส่งแบบคำขอฯ ได้ที่

- สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก
อาคาร ๒ ชั้น ๕ โทร. ๐-๒๒๗๑-๘๘๘๘ ต่อ ๒๕๑๑ - ๒๕๑๕ หรือโทร ๖-๒๒๗๑-๘๗๐๖
- สำนักงานขนส่งจังหวัดทุกจังหวัดทั่วประเทศ

๒. ภายหลังรับทราบการแจ้งผลได้รับพิจารณาอนุมัติจัดสรรฯ จากคณะอนุกรรมการฯ หากมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงอุปกรณ์ ต้องแจ้งสำนักงานขนส่งจังหวัด หรือ สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนพิจารณาภายใน ๑๕ วัน

๓. หากผู้ได้รับจัดสรรไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขของกรมการขนส่งทางบก ต้องคืนเงินตามมูลค่าอุปกรณ์ตามที่ได้รับจัดสรร/และหรือชดเชยค่าเสียหายทั้งหมดที่เกิดขึ้นแก่กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน และยินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

สำหรับเจ้าหน้าที่

☐ ผู้ขอรับจัดสรรยื่นแบบคำขอด้วยตนเอง

☐ ผู้ยื่นคำขอแทนผู้พิการ

ชื่อผู้ยื่นคำขอแทน (นาย/นาง/นางสาว).....

ความเกี่ยวข้องกับผู้พิการ

☐ ๑. ผู้ดูแลคนพิการตามที่ระบุไว้ในบัตรประจำตัวคนพิการ

☐ ๒. ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง(กรณีที่ผู้พิการเป็นผู้เยาว์)/ผู้พิทักษ์(กรณีที่ผู้พิการเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ)/ผู้อนุบาล(กรณีที่ผู้พิการเป็นคนไร้ความสามารถ)

☐ ๓. บิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร/พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน/พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน

☐ ๔. ผู้ดูแลผู้พิการตามความเป็นจริง ซึ่งมี นาย/นาง/นางสาว..... เป็นผู้รับรอง

ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผู้พิการ (บันทึกเพิ่มเติมจากการพูดคุยกับผู้ยื่นคำขอ ในการสอบถามข้อมูลที่กรอกในแบบคำขอ และความเห็นเพิ่มเติมของผู้รับคำขอ)

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

สังกัด..... ได้ตรวจสอบข้อมูลในแบบคำขอครบถ้วนถูกต้อง

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

เอกสารประกอบการขอรับจัดสรร

- ☐ ๑) บัตรประจำตัวประชาชน หรือหลักฐานแสดงตนอื่นใดที่ทางราชการออกให้
- ☐ ๒) บัตรประจำตัวผู้พิการ (ถ้ามี) โดยอย่างน้อยให้มีรายการ ชื่อ ที่อยู่ของผู้พิการ วันที่ออกบัตรและวันหมดอายุ ประเภทหรือลักษณะความพิการ และชื่อผู้ดูแลผู้พิการ
- ☐ ๓) ทะเบียนบ้านของผู้พิการ (ถ้ามี)
- ☐ ๔) รูปถ่ายของผู้พิการ
- 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
- ☐ ๗) ประวัติทางการแพทย์จากทะเบียนผู้ป่วย (OPD Card) หรือหลักฐานที่ทางราชการออกให้ หรือหลักฐานการขอรับหรือได้รับการชดเชยค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทประกันภัย หรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยที่สามารถยืนยันหรือบ่งบอกได้ว่าความพิการนั้นเกิดจากอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน
- ในกรณีที่ไม่มีเอกสารหลักฐานตาม ๗) หากมีเอกสารหลักฐานยืนยันหรือระบุโดยแพทย์ไว้อย่างชัดเจนว่าความพิการของผู้ขอรับจัดสรรมีสาเหตุมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ให้ใช้เป็นหลักฐานตาม ๗) ได้ด้วย
- ☐ ๘) ใบประกาศนียบัตร หรือหนังสือแต่งตั้ง หรือหนังสือชมเชย หรือภาพถ่าย หรือหลักฐานอื่นๆ ที่สามารถแสดงให้เห็นว่าเป็นผู้ช่วยเหลือสังคม หรือทำคุณประโยชน์แก่สังคม (กรณีใช้ประโยชน์จากอุปกรณ์ที่ขอรับจัดสรรเพื่อการช่วยเหลือสังคม หรือทำคุณประโยชน์แก่สังคม)
- ☐ ๙) ภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนผู้ยื่นคำขอแทน (กรณียื่นคำขอแทนผู้พิการ)
- ☐ ๑๐) หลักฐานที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ยื่นคำขอแทนกับผู้พิการ (กรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง/ผู้พิทักษ์/ผู้อนุบาล/บิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร/พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน/พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน)
- ☐ ๑๑) หนังสือรับรองจากหน่วยงานที่รับรองว่าเป็นผู้ดูแลผู้พิการ (กรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นผู้ดูแลตามความเป็นจริง)
- ☐ ๑๒) หลักฐานอื่น ๆ



ประกาศกรมการขนส่งทางบก

เรื่อง การขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

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) อธิบดีกรมการขนส่งทางบก จึงออกประกาศรับคำขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. คุณสมบัติของผู้พิการที่ขอรับจัดสรรฯ ผู้พิการที่ขอรับจัดสรรฯ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกรมการขนส่งทางบกว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการใช้จ่ายเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน พ.ศ. ๒๕๖๗

- (๑) เป็นผู้ที่มีสัญชาติไทย
- (๒) เป็นผู้พิการที่ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากกองทุนหรือหน่วยงานอื่น
- (๓) เป็นผู้พิการที่เคยได้รับความช่วยเหลือจากกองทุน หรือส่วนราชการอื่น หรือหน่วยงานอื่นของรัฐมาแล้วเกินกว่า ๓ ปี นับถึงวันที่ปิดรับคำขอ เว้นแต่กรณีเป็นขาเทียมหรือแขนเทียมที่เคยได้รับความช่วยเหลือมาแล้วเกินกว่า ๒ ปี หรือเป็นอุปกรณ์คนละประเภทกับที่เคยได้รับความช่วยเหลือ
- (๔) เป็นผู้ไม่เคยฝ่าฝืนเงื่อนไขของกรมการขนส่งทางบกเกี่ยวกับการจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ

๒. คุณสมบัติของอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ ต้องเป็นอุปกรณ์ตามบัญชีรายละเอียดคุณลักษณะ และราคาที่กำหนดไว้ในบัญชีรายละเอียดคุณลักษณะและราคาที่ตั้งสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ หรือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

กรณีเป็นอุปกรณ์นอกบัญชีของทั้งสองหน่วยงานข้างต้นให้ปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ และระเบียบราชการที่เกี่ยวข้อง

๓. เอกสารประกอบคำขอ ผู้พิการที่ขอรับจัดสรรฯ ต้องยื่นคำขอตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้ พร้อมด้วยหลักฐานดังต่อไปนี้

- (๑) บัตรประจำตัวประชาชน หรือหลักฐานแสดงตนอื่นใดที่ทางราชการออกให้
- (๒) บัตรประจำตัวผู้พิการ (ถ้ามี) โดยอย่างน้อยให้มีรายการ ชื่อ ที่อยู่ของผู้พิการ วันที่ออกบัตร และวันหมดอายุ ประเภทหรือลักษณะความพิการ และชื่อผู้ดูแลผู้พิการ
- (๓) รูปถ่ายของผู้พิการที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะความพิการอย่างชัดเจนในลักษณะแตกต่างกัน ขนาดไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว ที่ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๓ เดือน อย่างน้อยจำนวน ๓ รูป (โดยลักษณะท่าทางไม่ซ้ำกัน)
- (๔) รูปถ่ายแสดงสภาพอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (ถ้ามีอุปกรณ์) ขนาดรูปไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว อย่างน้อยจำนวน ๑ รูป
- (๕) รูปถ่ายสภาพแวดล้อม (บริเวณที่พักอาศัยหรือบ้านพักของผู้พิการ) ขนาดรูปไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว อย่างน้อยจำนวน ๒ รูป (กรณีผู้พิการขออุปกรณ์เป็นรถนั่งไฟฟ้า)
- (๖) ประวัติทางการแพทย์จากทะเบียนผู้ป่วย (OPD Card) หรือหลักฐานที่ทางราชการออกให้ หรือหลักฐานการขอรับหรือได้รับการชดเชยค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทประกันภัยหรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยที่สามารถยืนยันหรือบ่งบอกได้ว่าความพิการนั้นเกิดจากอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน
กรณีที่ไม่มีเอกสารหลักฐานตาม (๖) หากมีเอกสารหลักฐานยืนยันหรือระบุโดยแพทย์และมีตราประทับของสถานพยาบาลไว้อย่างชัดเจนว่า ความพิการของผู้พิการมีสาเหตุมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ให้สามารถใช้เป็นหลักฐานตาม (๖) ได้ด้วย
- (๗) ใบประกาศนียบัตร หรือหนังสือแต่งตั้ง หรือหนังสือชมเชย หรือภาพถ่าย หรือหลักฐานอื่นๆ ที่สามารถแสดงให้เห็นว่าเป็นผู้ช่วยเหลือสังคม หรือทำคุณประโยชน์แก่สังคม (กรณีใช้ประโยชน์จากอุปกรณ์ที่ขอรับจัดสรรเพื่อช่วยเหลือสังคม หรือทำคุณประโยชน์แก่สังคม)
- (๘) ภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนผู้ยื่นคำขอแทน (กรณียื่นคำขอแทน)
- (๙) หลักฐานที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ยื่นคำขอกับผู้พิการ (กรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง/ผู้อนุบาล/บิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร/พี่/น้อง)
- (๑๐) หนังสือรับรองจากหน่วยงานที่รับรองว่าเป็นผู้ดูแลผู้พิการ (กรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นผู้ดูแลตามความเป็นจริง)

๔. วิธีการยื่นคำขอ

ผู้พิการที่ขอรับจัดสรรฯ ต้องลงลายมือชื่อในคำขอและยื่นคำขอด้วยตนเอง ในกรณีไม่สามารถลงลายมือชื่อหรือยื่นคำขอด้วยตนเองได้ ให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งดังต่อไปนี้เป็นผู้ยื่นคำขอแทน

- (๑) ผู้ดูแลผู้พิการตามที่ระบุไว้ในบัตรประจำตัวผู้พิการ หรือตามที่ระบุไว้ในหนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ
- (๒) ผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองในกรณีที่ผู้พิการเป็นผู้เยาว์ หรือผู้ไร้ความสามารถ หรือผู้พิการเป็นคนที่ไร้ความสามารถ หรือผู้อนุบาลในกรณีที่ผู้พิการเป็นคนที่ไร้ความสามารถ
- (๓) บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน หรือพี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน
- (๔) บุคคลที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสถานพยาบาลของรัฐที่สูงกว่ารับรองว่าเป็นผู้ดูแลผู้พิการตามความเป็นจริง

/ผู้ยื่นคำขอแทน...

ผู้ยื่นคำขอแทนผู้พิการต้องแนบภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอแทน หากผู้ยื่นคำขอแทนเป็นบุคคลตาม (๒) และ (๓) ต้องแนบหลักฐานที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ยื่นคำขอแทนกับผู้พิการเพิ่มเติม และถ้าบุคคลที่ยื่นคำขอแทนเป็นบุคคลตาม (๔) ต้องแนบหนังสือรับรองจากหน่วยงานที่รับรองว่าเป็นผู้ดูแลผู้พิการตามความเป็นจริงเป็นหลักฐานประกอบด้วย

๕. สถานที่และกำหนดเวลายื่นคำขอ

ผู้พิการที่ขอรับจัดสรรฯ ให้ยื่นคำขอตามแบบที่กรมการขนส่งทางบกกำหนด โดยในเขตกรุงเทพมหานครให้ยื่น ณ สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน สำนักงานมาตรฐานงานทะเบียนและภาษีรถ กรมการขนส่งทางบก อาคาร ๒ ชั้น ๕ หรือในจังหวัดอื่นนอกจากกรุงเทพมหานคร ให้ยื่น ณ สำนักงานขนส่งจังหวัดทั่วประเทศ พร้อมด้วยเอกสารหลักฐาน ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ จนถึงวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๔ ในวันและเวลาราชการ

๖. การตรวจร่างกายและการประเมินความเหมาะสมของอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการฯ

ผู้พิการที่ขอรับจัดสรรฯ จะต้องไปพบแพทย์ตามวัน เวลา ที่โรงพยาบาล กำหนด เพื่อตรวจสภาพร่างกายและประเมินความเหมาะสมของอุปกรณ์ช่วยเหลือที่ผู้พิการจะได้รับจัดสรร กรณีที่แพทย์ประเมินความเหมาะสมและประเภทของอุปกรณ์เรียบร้อยแล้ว แพทย์จะแจ้งต่อผู้พิการให้รับทราบ พร้อมทั้งสอบถามผู้พิการฯ ว่ามีความประสงค์จะรับอุปกรณ์หรือไม่

ทั้งนี้ ราคาอุปกรณ์ฯ ต้องมีวงเงินรวมต่อรายไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งแสนบาทถ้วน) โดยอ้างอิงราคากลางให้เป็นไปตามราคาในบัญชีของสถาบันสิรินธรฯ บัญชีของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรณีเป็นอุปกรณ์นอกบัญชีของทั้งสองหน่วยงานข้างต้นให้ปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ 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 ส่วนในจังหวัดอื่นดำเนินการโอนเงินให้โรงพยาบาลที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างอุปกรณ์ตามกฎหมายว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ และกฎหมายว่าด้วยวินัยการเงินการคลังของรัฐ

๙. การส่งมอบอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ

ภายหลังจากที่หน่วยงานที่ได้รับจัดสรรเงินฯ จัดซื้ออุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการเรียบร้อยแล้ว จะดำเนินการส่งมอบอุปกรณ์ให้ผู้พิการที่ขอรับจัดสรรฯ โดยมีเจ้าหน้าที่กรมการขนส่งทางบกร่วมตรวจรับ และส่งมอบอุปกรณ์ด้วย

กรณีผู้พิการเสียชีวิตก่อนการรับมอบอุปกรณ์ หรือกรณีผู้พิการสละสิทธิในการรับมอบ อุปกรณ์ที่ได้ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างแล้วกรณีใดกรณีหนึ่งดังกล่าว ให้อุปกรณ์ที่ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง เรียบร้อยแล้ว ตกเป็นของกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน

ผู้พิการที่สละสิทธิในการรับมอบอุปกรณ์ที่ได้ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างแล้ว ผู้พิการนั้นจะถูก ตัดสิทธิไม่สามารถยื่นขอรับจัดสรรอุปกรณ์ทุกรายการเป็นเวลา ๓ ปี นับตั้งแต่วันที่ปีรับคำขอ

๑๐. การใช้อุปกรณ์ที่ได้รับจัดสรร

ผู้พิการที่ได้รับจัดสรรฯ ต้องใช้อุปกรณ์ที่ได้รับจัดสรรตามปกติวิสัยตลอดอายุการใช้งาน ของอุปกรณ์โดยไม่นำอุปกรณ์ดังกล่าวไปจำหน่าย จ่ายแจก หรือยกให้บุคคลอื่น รวมถึงมีหน้าที่บำรุงรักษา อุปกรณ์ดังกล่าวให้อยู่ในสภาพใช้งานได้ตามปกติ ในกรณีที่ตรวจพบว่าผู้พิการไม่ปฏิบัติตาม ผู้พิการต้อง ส่งคืนอุปกรณ์ที่ได้รับจัดสรรให้กับหน่วยงานที่ขอรับจัดสรร และถูกตัดสิทธิในการยื่นคำขอรับจัดสรรใหม่

๑๑. ภายหลังการได้รับอุปกรณ์

ผู้พิการที่ได้รับจัดสรรฯ ต้องยินยอมให้เจ้าหน้าที่กรมการขนส่งทางบก หรือผู้ได้รับมอบหมาย ไปตรวจติดตามการใช้งานอุปกรณ์ โดยในการตรวจติดตามให้คณะกรรมการที่ได้รับมอบหมายดำเนินการออกตรวจ ควบคุมตามความเหมาะสม

ทั้งนี้ ผู้พิการที่สนใจขอรับจัดสรรอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ สามารถสอบถามรายละเอียด เพิ่มเติมได้ที่ สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน สำนักมาตรฐานงานทะเบียน และภาษีรถ กรมการขนส่งทางบก อาคาร ๒ ชั้น ๕ หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๒๗๑ ๘๗๐๗ หรือ ๐ ๒๒๗๑ ๘๘๘๘ ต่อ ๒๕๑๑ - ๒๕๑๒ ในวันและเวลาราชการ หรือดูรายละเอียดได้ทางเว็บไซต์ www.dlt.go.th หรือ Facebook Fanpage “กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.)”

ประกาศ ณ วันที่ ๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๘



(นายจิรุตม์ วิศาลจิตร)

อธิบดีกรมการขนส่งทางบก

เปิดรับคำขอรับจัดสรรเงิน
เป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ

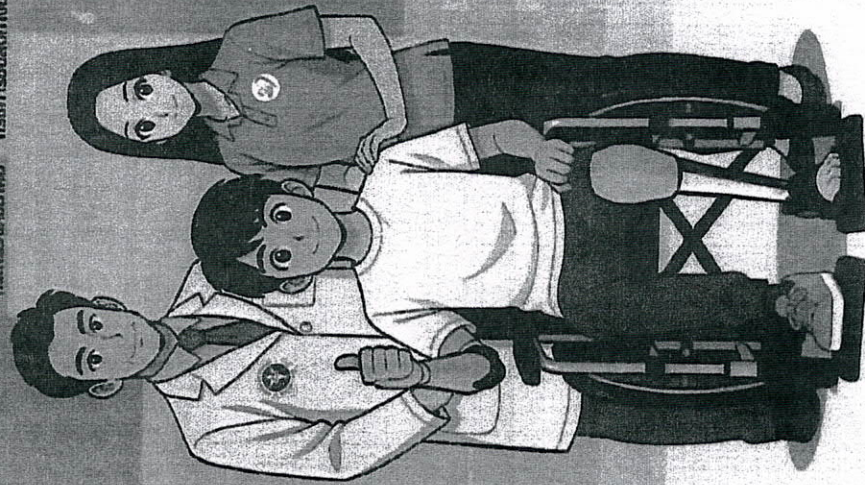
อันเนื่องมาจากประสบการณ์ที่ผู้จัดทำโครงการได้พบ

ตั้งแต่วันที่

1 ตุลาคม 2568 - 30 ธันวาคม 2568



กระทรวงมหาดไทย กรมการขนส่งทางบก กระทรวงสาธารณสุข กองทุนเพื่อความเสมอภาค
ในการใช้ถนน

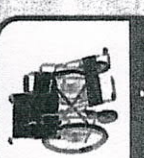
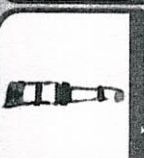


กปย. พร้อมเป็นส่วนหนึ่งใน การส่งเสริมการส่งออกคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ให้กับผู้ประกอบการอุตสาหกรรมที่เกิดขึ้นจากการใช้เทคโนโลยี

SCAN ME!



สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม
โทร. 02-271-8888 ต่อ 2511-2
เว็บไซต์ www.dlt.go.th



SCAN ME!

สถานที่ยื่นคำขอ

- 1. กรมการขนส่งทางบก อาคาร 2 ชั้น 5
 - 2. สำนักงานขนส่งจังหวัดทั่วประเทศ
- สามารถยื่นคำขอพร้อมหลักฐานในวันและเวลาราชการ
หมายเหตุ: สามารถยื่นคำขอแทนได้ ตามประกาศกรมการขนส่งทางบก

เอกสารประกอบคำขอ

- 1. บัตรประจำตัวประชาชน หรือ บัตรประจำตัวผู้พิการ
 - 2. รูปถ่าย
 - 3. ผู้พิการ จำนวน 3 รูป
 - 4. สภาพอุปกรณ์ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน จำนวน 1 รูป
 - 5. สภาพแวดล้อมที่พักอาศัย จำนวน 2 รูป
- หลักฐานที่ทางราชการออกให้เพื่อยืนยัน
ว่าความพิการนั้นเกิดจากอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน

คุณสมบัติ

- 1. สัญชาติไทย
- 2. ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจาก กปด.
- 3. ส่วนราชการอื่นหรือหน่วยงานอื่นของรัฐ
- 4. เคยได้รับความช่วยเหลือจาก กปด. ส่วนราชการอื่นหรือหน่วยงานอื่นของรัฐมาแล้วเกินกว่า 3 ปี นับถึงวันที่ปิดรับคำขอ เว้นแต่
 - เป็นกรณีขาดเทียบหรือเบนเทียบ
- 5. ที่เคยได้รับความช่วยเหลือมาแล้วเกินกว่า 2 ปี
 - เป็นอุปกรณ์คนละประเภทกับที่เคยได้รับความช่วยเหลือ

