



ที่ พร ๐๐๒๓.๓/ว ๖๐๘

ถึง สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนจังหวัดแพร่
และสำนักงานเทศบาลเมืองแพร่

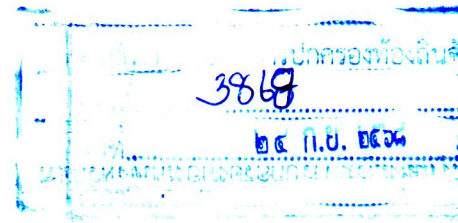
ด้วยสำนักงานขนส่งจังหวัดแพร่แจ้งว่า กรมการขนส่งทางบกได้กำหนดเปิดรับคำขอรับจัดสรร
เงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ
พ.ศ. ๒๕๖๙ ซึ่งเป็นการจัดสรรอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน
เท่านั้น และเป็นการช่วยเหลือในส่วนที่นอกเหนือจากค่าสินไหมทดแทนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัย
จากรถ พ.ศ. ๒๕๓๕ โดยกำหนดเปิดรับคำขอระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๘

ในการนี้ จึงขอความร่วมมือเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข่าวสารดังกล่าวให้หน่วยงานในสังกัด
ที่เกี่ยวข้อง และประชาชนได้รับทราบโดยทั่วกัน รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่แนบมาพร้อมนี้ เรียนมาเพื่อ
พิจารณาดำเนินการ สำหรับสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอขอความร่วมมือแจ้งเทศบาลตำบล
และองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ดำเนินการต่อไป



สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด
กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น
โทร. ๐-๕๔๕๓-๔๑๑๙ ต่อ ๓๐๕

ก.ว.ส.ค.
ร.ท. ร.ท.



ที่ พร ๐๐๑๒/ก.๖๒๐

สำนักงานขนส่งจังหวัดแพร่
ถนนแพร่-ร้องกวาง พร ๕๔๐๐๐

๒๒ กันยายน ๒๕๖๘

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์การเปิดรับคำขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ
อันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

เรียน ท้องถิ่นจังหวัดแพร่

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โปสเตอร์การเปิดรับคำขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการ
การประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แผ่นพับการเปิดรับคำขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการ
การประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน จำนวน ๑๒ ฉบับ
๓. ประกาศกรมการขนส่งทางบก เรื่อง การขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ
อันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ
พ.ศ. ๒๕๖๙ จำนวน ๑ ชุด
๔. แบบคำขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจาก
การใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ จำนวน ๑ ชุด
๕. แบบเอกสารใบรับรองแพทย์ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยกรมการขนส่งทางบก ได้กำหนดเปิดรับคำขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ
อันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ ซึ่งเป็นการจัดสรร
อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนนเท่านั้น และเป็นการ
ช่วยเหลือในส่วนที่นอกเหนือจากค่าสินไหมทดแทนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ
พ.ศ. ๒๕๓๕ โดยกำหนดเปิดรับคำขอระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๘

ในการนี้ สำนักงานขนส่งจังหวัดแพร่ จึงขอความร่วมมือมายังหน่วยงานของท่าน ในการเผยแพร่
ประชาสัมพันธ์ข่าวสารดังกล่าว เพื่อให้ส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดที่เกี่ยวข้อง องค์กรเอกชน และประชาชน
ได้รับทราบโดยทั่วกัน โดยมีรายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ , ๒ , ๓ และ ๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุระศิลป์ เนตรผาบ)
ขนส่งจังหวัดแพร่

เรียน ท้องถิ่นจังหวัดแพร่
- มอ.โพธิ์ตาก
- ทน.ทก. ๐๖๓ ๓๖๖

นางวิมลรัตน์

กลุ่มวิชาการขนส่ง

โทร. ๐๕๔-๖๕๒๕๗๕

โทรสาร ๐๕๔-๖๕๒๕๔๔

วิสัยทัศน์กรมการขนส่งทางบก

“เป็นองค์กรแห่งนวัตกรรมในการควบคุม กำกับ ดูแลระบบการขนส่งทางถนนให้มีคุณภาพและปลอดภัย”



ด่วนที่สุด บันทึกข้อความ

788 ก.ย. 2568 สำนักงานขนส่งจังหวัดแพร่
เลขที่รับ 31 77
วันที่ 18 ก.ย. 2568
เวลา 09:01

ส่วนราชการ สำนักมาตรฐานงานทะเบียนและภาษีรถ สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน

ที่ คค.๐๔๑๗.๔/ว ๒๓ วันที่ ๑๗ กันยายน ๒๕๖๘

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์การเปิดรับคำขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

เรียน ผสพ. ๑ - ๔ และขนส่งจังหวัดทุกจังหวัด

ด้วยกรมการขนส่งทางบก ได้กำหนดเปิดรับคำขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ เพื่อเป็นการช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนนในส่วนที่นอกเหนือจากค่าสินไหมทดแทนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. ๒๕๓๕ โดยกำหนดเปิดรับคำขอตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๘

เพื่อให้การเปิดรับคำขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นไปอย่างกว้างขวาง เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างแท้จริง จึงขอความร่วมมือจากท่านในการประชาสัมพันธ์การเปิดรับคำขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการฯ ดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ สำนักมาตรฐานงานทะเบียนและภาษีรถ ได้จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์การเปิดรับคำขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการฯ อันได้แก่ โปสเตอร์ ไลน์ และโบรชัวร์ และมอบหมายให้ผู้รับจ้างดำเนินการจัดส่งให้ท่านด้วยแล้ว เมื่อได้รับสื่อประชาสัมพันธ์ครบถ้วนแล้วโปรดส่งแบบตอบรับไปยังสำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน ภายใน ๗ วัน โดยสามารถดาวน์โหลดไฟล์โปสเตอร์เพื่อใช้ประชาสัมพันธ์ในเว็บไซต์และสื่อออนไลน์ของหน่วยงานท่าน และแบบตอบรับได้ตาม QR CODE ที่ปรากฏท้ายหนังสือฉบับนี้

เรียน ขสจ.แพร่

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จะขอบคุณยิ่ง

เพื่อโปรดทราบและเห็นควรแจ้ง

☒ กว. ☐ ผท. ☐ ผด.
☐ ผข. ☐ บจ. ☐ สข.

ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

(นางสาวประทุม ใหพร)

หัวหน้างานบริหารงานทะเบียน

สุรเชษฐ์

(นายสุรเชษฐ์ คล้ายแจ้ง)

ผู้อำนวยการสำนักมาตรฐานงานทะเบียนและภาษีรถ

อนุกรรมการคณะอนุกรรมการพิจารณาการขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน

สน ๒๖๖

เพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

นส.ยว : ๒๕๖๘/๑๙๖๖ ๗/๑๖๖๖
วริณี



แบบตอบรับฯ



โปสเตอร์ฯ

(นายสุรเชษฐ์ คล้ายแจ้ง)

ขนส่งจังหวัดแพร่

18 ก.ย. 2568

นายสุรเชษฐ์ คล้ายแจ้ง
นายสุรเชษฐ์ คล้ายแจ้ง
นายสุรเชษฐ์ คล้ายแจ้ง
นายสุรเชษฐ์ คล้ายแจ้ง
นายสุรเชษฐ์ คล้ายแจ้ง

วิสัยทัศน์กรมการขนส่งทางบก

"เป็นองค์กรแห่งนวัตกรรมในการควบคุม กำกับ ดูแล ระบบการขนส่งทางถนน ให้มีคุณภาพและปลอดภัย"

18๐๖๖๘



ประกาศกรมการขนส่งทางบก

เรื่อง การขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

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 สำหรับเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ อันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนนเป็นไปด้วยความเรียบร้อย ตามวัตถุประสงค์ของการ จัดตั้งกองทุน อาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ. ๒๕๒๒ มาตรา ๑๐/๒ ประกอบกับกฎกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการดำรงตำแหน่งและการปฏิบัติหน้าที่กรรมการการบริหารกองทุน และการใช้จ่ายเงินกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน พ.ศ. ๒๕๔๗ ข้อ ๑๖ (๒) อธิบดีกรมการขนส่งทางบก จึงออกประกาศรับคำขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัย ที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

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

- (๑) เป็นผู้มีสัญชาติไทย
- (๒) เป็นผู้พิการที่ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากกองทุนหรือหน่วยงานอื่น
- (๓) เป็นผู้พิการที่เคยได้รับความช่วยเหลือจากกองทุน หรือส่วนราชการอื่น หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ มาแล้วเกินกว่า ๓ ปี นับถึงวันที่ปิดรับคำขอ เว้นแต่กรณีเป็นขาเทียมหรือแขนเทียมที่เคยได้รับความช่วยเหลือ มาแล้วเกินกว่า ๒ ปี หรือเป็นอุปกรณ์คนละประเภทกับที่เคยได้รับความช่วยเหลือ
- (๔) เป็นผู้ไม่เคยฝ่าฝืนเงื่อนไขของกรมการขนส่งทางบกเกี่ยวกับการจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ

๒. คุณสมบัติของอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ ต้องเป็นอุปกรณ์ตามบัญชีรายละเอียดคุณลักษณะ และราคาที่กำหนดไว้ในบัญชีรายละเอียดคุณลักษณะและราคาที่ได้สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ 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 (กรณีใช้ประโยชน์จากอุปกรณ์ที่ขอรับจัดสรรเพื่อการช่วยเหลือสังคม 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 หรือผู้พิทักษ์ในกรณีที่ผู้พิการเป็นเสมือนไร้ความสามารถ หรือผู้อนุบาลในกรณีที่ผู้พิการเป็นเสมือนไร้ความสามารถ
- (๓) บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน หรือพี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน
- (๔) บุคคลที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสถานพยาบาลของรัฐที่สูงกว่ารับรองว่าเป็นผู้ดูแลผู้พิการตามความเป็นจริง

/ผู้ยื่นคำขอแทน...

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

๕. สถานที่และกำหนดเวลายื่นคำขอ

ผู้พิการที่ขอรับจัดสรรฯ ให้ยื่นคำขอตามแบบที่กรมการขนส่งทางบกกำหนด โดยในเขต กรุงเทพมหานครให้ยื่น ณ สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน สำนักมาตรฐานงานทะเบียน และภาษีรถ กรมการขนส่งทางบก อาคาร ๒ ชั้น ๕ หรือในจังหวัดอื่นนอกจากกรุงเทพมหานคร ให้ยื่น ณ สำนักงานขนส่งจังหวัดทั่วประเทศ พร้อมด้วยเอกสารหลักฐาน ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ จนถึง วันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๔ ในวันและเวลาราชการ

๖. การตรวจร่างกายและการประเมินความเหมาะสมของอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ

ผู้พิการที่ขอรับจัดสรรฯ จะต้องไปพบแพทย์ตามวัน เวลา ที่โรงพยาบาลฯ กำหนด เพื่อตรวจ สภาพร่างกายและประเมินความเหมาะสมของอุปกรณ์ช่วยเหลือที่ผู้พิการจะได้รับจัดสรร กรณีที่แพทย์ประเมิน ความเหมาะสมและประเภทของอุปกรณ์เรียบร้อยแล้ว แพทย์จะแจ้งต่อผู้พิการให้รับทราบ พร้อมทั้งสอบถาม ผู้พิการว่ามีความประสงค์จะรับอุปกรณ์หรือไม่

ทั้งนี้ ราคาอุปกรณ์ฯ ต้องมีวงเงินรวมต่อรายไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งแสนบาทถ้วน) โดยอ้างอิงราคากลาง ให้เป็นไปตามราคาในบัญชีของสถาบันสิรินธรฯ บัญชีของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรณีเป็นอุปกรณ์นอกบัญชีของทั้งสองหน่วยงานข้างต้นให้ปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ และระเบียบราชการที่เกี่ยวข้อง

๗. การพิจารณาจัดสรรอุปกรณ์ให้กับผู้พิการ

การจัดสรรอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน จะพิจารณาตามหลักเกณฑ์โดยคำนึงถึงองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

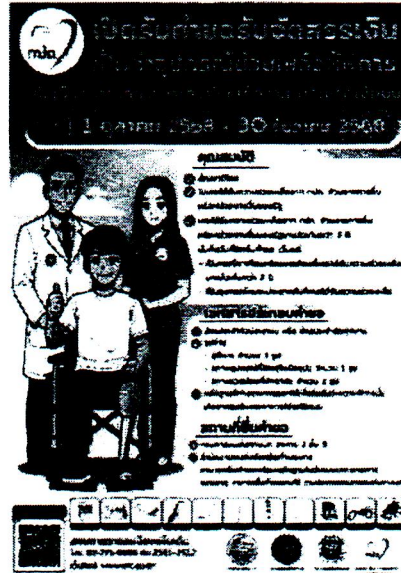
- (๑) ผู้พิการเป็นผู้มีคุณสมบัติตามข้อ ๑
- (๒) ลักษณะหรือสภาพความพิการ
- (๓) ความจำเป็นที่ต้องมีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ
- (๔) ประโยชน์จากการนำอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการไปใช้
- (๕) ความเหมาะสมของอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการกับสภาพความพิการ
- (๖) กรณีอื่นตามที่คณะกรรมการกำหนด

๘. การโอนเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการให้กับหน่วยงานที่ขอรับจัดสรร

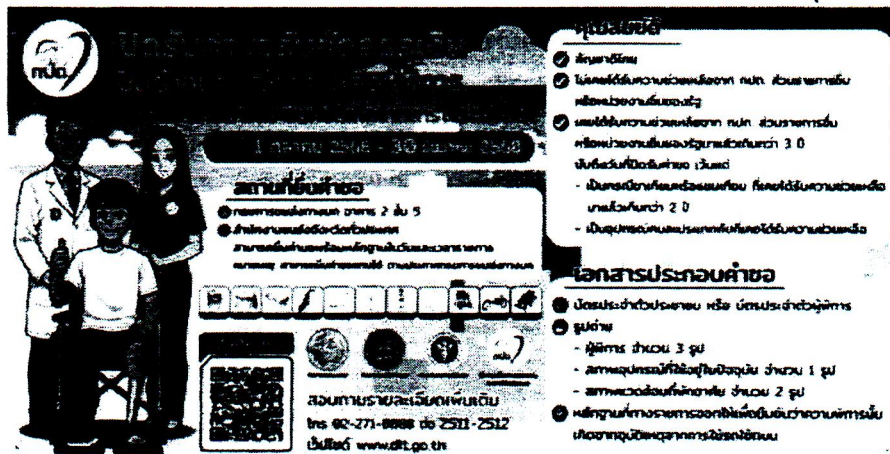
เมื่อหน่วยงานที่ขอรับจัดสรรได้รับการพิจารณาอนุมัติจัดสรรเงินฯ จากคณะกรรมการ พิจารณาการขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบกจะดำเนินการโอนเงินให้โดยในเขตกรุงเทพมหานครจะโอนเงินให้กับสถาบันสิรินธรฯ ส่วนในจังหวัดอื่นดำเนินการโอนเงินให้โรงพยาบาลที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อดำเนินการ จัดซื้อจัดจ้างอุปกรณ์ตามกฎหมายว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ และกฎหมาย ว่าด้วยวินัยการเงินการคลังของรัฐ

สื่อประชาสัมพันธ์การเปิดรับคำขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ
อันเนื่องมาจากการประสพภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

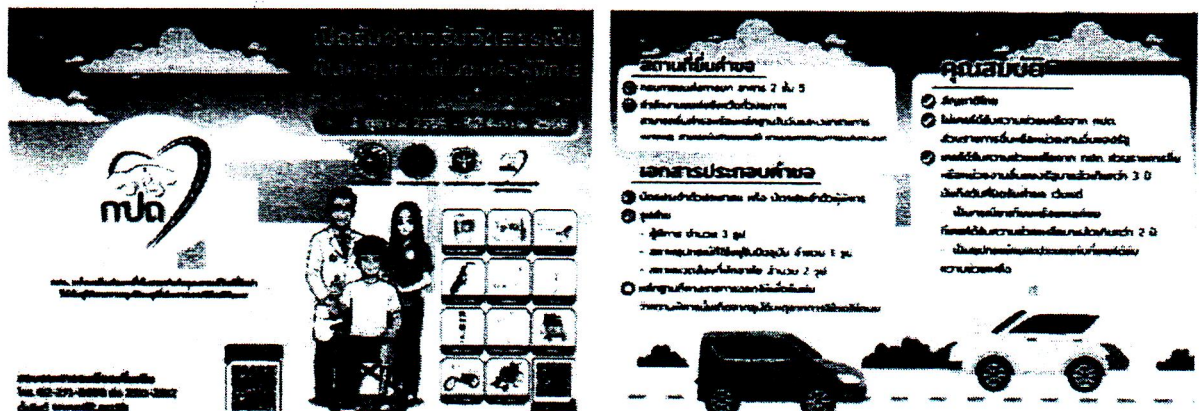
๑. โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ (ขนาด ๕๙.๔ x ๔๒ เซนติเมตร)



๒. โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ (ขนาด ๑.๒๐ x ๒.๔๐ เมตร)



๓. แผ่นพับประชาสัมพันธ์ (ขนาด A๔ หิมพ์ ๔ สี สองหน้ากระดาษ)



๙. การส่งมอบอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ

ภายหลังจากที่หน่วยงานที่ได้รับจัดสรรเงินฯ จัดซื้ออุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการเรียบร้อยแล้ว จะดำเนินการส่งมอบอุปกรณ์ให้ผู้พิการที่ขอรับจัดสรรฯ โดยมีเจ้าหน้าที่กรมการขนส่งทางบกร่วมตรวจรับ และส่งมอบอุปกรณ์ด้วย

กรณีผู้พิการเสียชีวิตก่อนการรับมอบอุปกรณ์ หรือกรณีผู้พิการสละสิทธิในการรับมอบ อุปกรณ์ที่ได้ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างแล้วกรณีใดกรณีหนึ่งดังกล่าว ให้อุปกรณ์ที่ได้ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างเรียบร้อยแล้ว 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 โดยในการตรวจติดตามให้คณะทำงานที่ได้รับมอบหมายดำเนินการออกตรวจ ตามความเหมาะสม

ทั้งนี้ ผู้พิการที่สนใจขอรับจัดสรรอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ สามารถสอบถามรายละเอียด เพิ่มเติมได้ที่ สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน สำนักมาตรฐานงานทะเบียน และภาษีรถ กรมการขนส่งทางบก อาคาร ๒ ชั้น ๕ หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๖๗๒ ๘๗๐๗ หรือ ๐ ๒๖๗๒ 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



แบบคำขอ

การขอรับจัดสรรเงินจากกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.)
สำหรับเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน

๑. ข้อมูลผู้พิการที่ขอรับจัดสรร

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

เลขประจำตัวของผู้พิการ/เลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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

ที่อยู่ตามภูมิสำเนา 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* (เคยได้รับความช่วยเหลือจากกองทุน หรือส่วนราชการอื่น หรือหน่วยงานอื่นของรัฐเกินกว่า ๓ ปี นับถึงวันที่ปัดรับคำขอ เว้นแต่กรณีเป็นขาเทียมหรือแขนเทียม ที่เคยได้รับความช่วยเหลือมาแล้วเกินกว่า ๒ ปี หรือเป็นอุปกรณ์คนละประเภทกับที่เคยได้รับความช่วยเหลือ)

๓.๑ การได้รับความช่วยเหลือจาก กปด.

☐ เคยได้รับความช่วยเหลือจาก กปด. มาแล้วเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ระบุประเภทและลักษณะอุปกรณ์ให้ชัดเจน.....

☐ ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจาก กปด. มาก่อน

๓.๒ การได้รับความช่วยเหลือจากส่วนราชการอื่น หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ

☐ เคยได้รับความช่วยเหลือจากส่วนราชการอื่น หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ

(กรุณาระบุชื่อหน่วยงาน).....

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 ๐-๒๒๗๑-๘๗๐๖
- สำนักงานขนส่งจังหวัดทุกจังหวัดทั่วประเทศ

๒. ภายหลังรับทราบการแจ้งผลได้รับพิจารณาอนุมัติจัดสรรฯ จากคณะอนุกรรมการฯ หากมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงอุปกรณ์ ต้องแจ้งสำนักงานขนส่งจังหวัด หรือ สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนพิจารณาภายใน ๑๕ วัน

๓. หากผู้ได้รับจัดสรรไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขของกรมการขนส่งทางบก ต้องคืนเงินตามมูลค่าอุปกรณ์ตามที่ได้รับจัดสรร/และหรือชดใช้ค่าเสียหายทั้งหมดที่เกิดขึ้นแก่กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน และยินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

สำหรับเจ้าหน้าที่

☐ ผู้ขอรับจัดสรรยื่นแบบคำขอด้วยตนเอง☐ ผู้ยื่นคำขอแทนผู้พิการ

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

ความเกี่ยวข้องกับผู้พิการ

☐ ๑. ผู้ดูแลคนพิการตามที่ระบุไว้ในบัตรประจำตัวคนพิการ☐ ๒. ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง(กรณีและผู้พิการเป็นผู้เยาว์)/ผู้พิทักษ์(กรณีและผู้พิการเป็นคนไร้ความสามารถ)/ผู้อนุบาล(กรณีและผู้พิการเป็นคนไร้ความสามารถ)☐ 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 หรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย ที่สามารถยืนยันหรือบ่งบอกได้ว่าความพิการนั้นเกิดจากอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน
- 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

ส่วนที่ 4 อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับสภาพความพิการ (แพทย์ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หลังรายการอุปกรณ์ที่เหมาะสม)

A. แขนเทียม		
1. แขนเทียมระดับหัวไหล่	1.1แบบแกนใน ข้อไหล่แบบกางและหุบได้ (Cosmetic endo - Shoulder disarticulation prosthesis/ Shoulder joint with two arm bars)	☐ A11
	1.2 แบบแกนใน ข้อไหล่แบบหมุนได้หลายทิศทาง (Cosmetic endo - Shoulder disarticulation prosthesis/ Ball shoulder joint)	☐ A12
2. แขนเทียมระดับเหนือศอก	2.1 แบบแกนใน สำหรับความยาวต่อแขนสั้น (Cosmetic endo - Transhumeral prosthesis)	☐ A21
	2.2 แบบตะขอโลหะมีตะขอปรับการทำงานด้วยสปริงโลหะได้ 2 ระดับและข้อศอกปรับล็อคได้ด้วยสายควบคุม (Passive Transhumeral prosthesis with hook)	☐ A22
	2.3 แบบ 5 นิ้วใช้งานได้ ข้อศอกปรับล็อคได้ด้วยสายควบคุม (Passive Transhumeral prosthesis with functional hand)	☐ A23
3. แขนเทียมระดับใต้ศอก	3.1 แบบตะขอโลหะมีตะขอปรับการทำงานด้วยสปริงโลหะได้ 2 ระดับ (Passive Transradial prosthesis with hook)	☐ A31
B. ขาเทียม		
1. ชุดขาเทียมระดับเหนือเข่า ข้อเข่าขาเทียมระดับเหนือเข่า ที่มีกลไกป้องกันการล้มและสามารถล็อคข้อเข่าให้อยู่ในท่าเหยียดได้ (Safety knee) และข้อเท้าแบบมีแรงส่ง (Energy storage foot)		☐ B11
2. ชุดขาเทียมระดับเข่าระบบแกนใน ข้อเข่าชนิดหลายแกน และเท้าเทียมชนิดมีแรงส่ง (Endo - Knee disarticulation prosthesis with dynamic foot)		☐ B21
3. ชุดขาเทียมระดับใต้เข่าระบบแกนใน และเท้าเทียมชนิดมีแรงส่ง (Energy storage foot)		☐ B31
4. ชุดเข่าอ่อนขาเทียมใต้เข่า	4.1 ระบบวาล์วแบบทางเดียว (Silicone liner with suspension sleeve, suction valve)	☐ B41
	4.2 ระบบเดือย (Silicone liner with pin & shuttle lock)	☐ B42
	4.3 ชนิดซิลิโคนหรือวัสดุที่มีคุณภาพดีกว่า (Derma Seal, Silicone Sock)	☐ B43
5. ชุดตัวปรับหมุนข้อเข่าเพื่อการนั่งพับเพียบ (Knee rotator)		☐ B51
6. ข้อเข่าชนิดแกนเดี่ยวระบบโรตารีไฮดรอลิกที่มีกลไกช่วยในการลงและขึ้นบันได		☐ B61
C. กายอุปกรณ์เสริม		
1. ชุดกายอุปกรณ์เสริมระดับข้อสะโพก ข้อสะโพกชนิด Triple axis hip joint		☐ C11
2. ชุดกายอุปกรณ์เสริมระดับเหนือเข่า		☐ C21
3. ชุดกายอุปกรณ์เสริมข้อเข่า	3.1 ชนิด Adjustable extension/flexion ring lock knee joint	☐ C31
	3.2 ชนิด Polycentric free motion knee joint	☐ C32
	3.3 ชนิด Compact double action ankle joint	☐ C23
4. ชุดกายอุปกรณ์เสริมระดับข้อเท้า	4.1 ชนิดโลหะแกนเดี่ยวปรับองศาได้ (Camber Axis Hinge joint)	☐ C41
	4.2 และอุปกรณ์เสริมชนิดพลาสติก แบบมีแกนกลางรับและถ่ายแรง (Ankle joint accessory with core and transferring load)	☐ C42
	4.3 และอุปกรณ์เสริมชนิดพลาสติก แบบมีแกนกลางรับและถ่ายแรง ขนาดใหญ่ (Ankle joint accessory with core and transferring load)	☐ C43

D. รถนั่งคนพิการ

1. รถนั่งคนพิการธรรมดาแบบมาตรฐาน ชนิดน้ำหนักเบาและสามารถปรับส่วนต่างๆได้		☐ D11
2. รถนั่งคนพิการแบบช่วยเหลือตนเองได้		☐ D21
3. รถนั่งคนพิการแบบปรับเอนนอนได้ ชนิดพับได้		☐ D31
4. รถนั่งคนพิการแบบปรับเอนนอนได้ ชนิดพับไม่ได้		☐ D41
5. รถนั่งคนพิการแบบ ขับเคลื่อนด้วยระบบไฟฟ้า	5.1 ชนิดพับได้	☐ D51
	5.2 ชนิดพับไม่ได้	☐ D52
	5.3 ชนิดปรับเอนได้	☐ D53
	5.4 ชนิดปรับเอนนอนได้	☐ D54
6. รถนั่งคนพิการ ชนิดนั่งถ่ายและอาบน้ำได้ (Commode wheelchair)	6.1 ชนิดล้อเล็ก	☐ D61
	6.2 ชนิดล้อใหญ่	☐ D62
7. รถนั่งคนพิการแบบปรับเอนได้ (Standing Wheelchair)		☐ D71
E. อุปกรณ์ทางการแพทย์		
1. เครื่องดูดเสมหะ		☐ E11
2. เครื่องผลิตออกซิเจน	2.1 5 ลิตร	☐ E21
	2.2 10 ลิตร	☐ E22
3. เตียงนอนธรรมดาชนิด 3 ไก่		☐ E31
4. ที่นอนลม		☐ E41
5. เตียงปรับระดับด้วยระบบไฟฟ้า ชนิด 3 ไก่		☐ E51
6. ที่นอนป้องกันแผลกดทับ		☐ E61
F. อื่นๆ		
1. เบาะรองนั่งป้องกันแผลกดทับ		☐ F11
2. รถสามล้อโยก		☐ F21
3. หัวลากรถนั่งคนพิการ แบบขับเคลื่อนด้วยระบบไฟฟ้า		☐ F31
4. เครื่องยกย้ายคนพิการแบบไฟฟ้า		☐ F41
5. อื่นๆ (ระบุ)		☐ F51

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตรา

สถานพยาบาลของรัฐ

แบบประเมินเพื่อเลือกรถนั่งคนพิการที่เหมาะสม
(กรณีอุปกรณ์อื่นไม่ต้องกรอกส่วนนี้)

(ชื่อ-สกุลผู้พิการ).....เบอร์โทรศัพท์.....

1) สภาวะทางร่างกาย

การทรงตัว ☐ good ☐ fair ☐ poor

การควบคุมศีรษะ/ลำคอ ☐ good ☐ fair ☐ poor

2) ภาวะแทรกซ้อน ☐ ไม่มี ☐ มีแผลกดทับระยะ.....ที่..... ☐ มี Lt./Rt. hip dislocation ☐ อื่นๆ.....

3) การเคลื่อนย้ายตัว ☐ ทำยืนทำได้ต้องช่วย ☐ ทำนั่งทำได้ต้องช่วย ☐ อัม/อื่นๆ.....

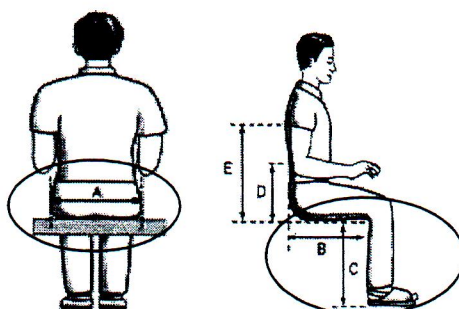
4) กิจกรรมในแต่ละวัน.....

5) ลักษณะที่อยู่อาศัย (ระบุ).....

6) ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ☐ มีความเสี่ยง ☐ ไม่มีความเสี่ยง

7) วัดขนาดร่างกาย

	การวัดขนาดร่างกาย		ขนาดร่างกาย (ซม.)	ขนาดของ W/C	ขนาดของรถนั่งคนพิการ (ซม.)
A	ความกว้างของสะโพก			=ความกว้างของที่นั่ง	
B	ความลึกของที่นั่ง	ซ้าย		ลบออก 3-5 ซม. =ความลึกของที่นั่ง (ถ้าขาไม่เท่ากันให้ เลือกข้างสั้นกว่า)	
		ขวา			
C	ความยาวของน่อง	ซ้าย		=ปรับที่วางเท้าให้พอดี	
		ขวา		=ปรับที่วางเท้าให้พอดี	
D	ระยะจากที่นั่งถึงชายโครง			กรณีทรงตัวดี	
E	ระยะจากที่นั่งถึงฐานสะบัก			กรณีทรงตัวไม่ดีนั่ง	



8) ลักษณะที่จำเป็นของรถนั่งคนพิการ ที่เหมาะสมสำหรับผู้พิการรายนี้

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

.....
.....

(.....) ผู้ประเมิน

..... ตำแหน่ง

...../...../..... (วันที่ประเมิน)

หมายเหตุ - ผู้ประเมินได้แก่ แพทย์ หรือนักวิชาชีพด้านฟื้นฟูฯ เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์ เป็นต้น และขอให้ใช้ข้อมูลจากการประเมินในการเลือกและจัดหารถนั่งคนพิการที่เหมาะสมสำหรับผู้พิการแต่ละราย