

สำนักงานขนส่งจังหวัดตรัง

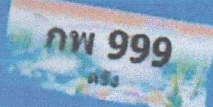
เปิดรับคำขอรับจัดสรรเงิน

เป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ

อันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน



ตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน ถึง 29 ธันวาคม 2566



สถานที่ ยื่นคำขอ

ตามภูมิสำเนาของผู้พิการ

- กรุงเทพมหานครให้ยื่น ณ กรมการขนส่งทางบก อาคาร 2 ชั้น 5
- จังหวัดอื่นให้ยื่น ณ สำนักงานขนส่งจังหวัด
- สามารถยื่นคำขอพร้อมหลักฐานในวัน และเวลาราชการ

คุณสมบัติ

- (1) สัญชาติไทย
- (2) ไม่เคยได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐหรือหน่วยงานอื่น
- (3) เคยไม่ได้รับความช่วยเหลือจากรัฐหรือหน่วยงานอื่นมาแล้วเกินกว่า 3 ปี นับถึงวันยื่นคำขอ เฉพาะในอุปกรณ์ช่วยเหลือประเภทที่ให้ความช่วยเหลือ
- (4) ไม่เคยข่ามิเงินช่วยเหลือจากรัฐหรือหน่วยงานอื่นในการจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ

เอกสาร ประกอบ คำขอ

- (1) บัตรประจำตัวประชาชน หรือหลักฐานแสดงตนอื่นใดที่ทางราชการออกให้
- (2) บัตรประจำตัวผู้พิการ (ถ้ามี) โดยอย่างน้อยไม่มีการรวมชื่อ ที่อยู่ของผู้พิการ วันเกิดออกบัตร และวันหมดอายุ ประเภทหรือลักษณะความพิการ และชื่อผู้ดูแลผู้พิการ
- (3) รูปถ่าย
 - ผู้พิการที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะความพิการอย่างชัดเจนในลักษณะแตกต่างกันที่ถ่ายมาแล้วไม่เกิน 3 เดือน อย่างน้อยจำนวน 3 รูป (โดยลักษณะที่ทางไม่ซ้ำกัน)
 - สภาพอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (ถ้ามีอุปกรณ์) อย่างน้อยจำนวน 1 รูป
 - สภาพแวดล้อม (บริเวณที่พักอาศัยหรือบ้านพักของผู้พิการ) อย่างน้อยจำนวน 2 รูป (กรณีของผู้พิการขออุปกรณ์เป็นรถวีลแชร์ไฟฟ้า)
- (4) ประวัติทางการแพทย์แยกจากทะเบียนผู้ป่วย (OPD Card) หรือหลักฐานที่ทางราชการออกให้ที่สามารถยืนยันหรือบ่งบอกได้ว่าความพิการนั้นเกิดจากอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน หรือหลักฐานยืนยันหรือระบุโดยแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ของสถานพยาบาลไว้อย่างชัดเจนว่าความพิการของผู้พิการมีสาเหตุมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน



ดาวน์โหลด
แบบคำขอ

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม กรุณาติดต่อกลุ่มวิชาการขนส่งจังหวัดตรัง สำนักงานขนส่งจังหวัดตรัง

โทร. 075-251901 หรือ 1584 FB: สำนักงานขนส่งจังหวัดตรัง

02-271-8888 ต่อ 2511-2512



แบบคำขอ

การขอรับจัดสรรเงินจากกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.)
สำหรับเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน

๑. ข้อมูลผู้พิการที่ขอรับจัดสรร

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/ต.ช./ต.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 : พิการมาแล้วปี เดือน (นับถึงวันยื่นแบบคำขอ)

๓. การได้รับความช่วยเหลือจาก กปด./หน่วยงานอื่น*

๓.๑ การได้รับความช่วยเหลือจาก กปด.

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

ระบุประเภทและลักษณะอุปกรณให้ชัดเจน.....

ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจาก กปด. มาก่อน

๓.๒ การได้รับความช่วยเหลือ จาก หน่วยงานอื่น

เคยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น (กรณาระบุชื่อหน่วยงาน).....

เมื่อวัน/เดือน/ปี/...../.....

ระบุประเภทและลักษณะอุปกรณให้ชัดเจน.....

ได้รับโดยการ ยืม บริจาค ได้รับจัดสรร อื่นๆ (ระบุ.....)

ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น



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 ภายอุปกรณ์เสริม (โลหะตามขา)
- ๔.๒.๔ รถนั่งสำหรับผู้พิการ แบบธรรมดา แบบขับเคลื่อนด้วยระบบไฟฟ้า
- ๔.๒.๕ เบาะรองนั่งป้องกันแผลกดทับ.....
- ๔.๒.๖ เครื่องดูดเสมหะ
- ๔.๒.๗ เครื่องผลิตออกซิเจน
- ๔.๒.๘ ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ
- ๔.๒.๙ เตียงนอนธรรมดาชนิด ๓ ไก่
- 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. 2535 หากเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบตามกฎหมายทุกประการ และเมื่อได้รับจัดสรรเงินอุปกรณ์ช่วยเหลือแล้ว ข้าพเจ้าจะใช้อุปกรณ์ที่ได้รับจัดสรรตามปกติวิสัยตลอดการใช้งาน โดยไม่นำอุปกรณ์ดังกล่าว ไปจำหน่าย จ่าย แจก หรือยกให้บุคคลอื่น ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะบำรุงรักษาอุปกรณ์ดังกล่าว ให้อยู่ในสภาพใช้งานได้ตามปกติ หากตรวจพบว่าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะส่งคืนอุปกรณ์ให้กับหน่วยงานที่ขอรับจัดสรรและรับทราบว่าจะต้องถูกตัดสิทธิ์ในการยื่นคำขอรับจัดสรรใหม่

ลงชื่อ ผู้ขอรับจัดสรร

(.....)

วันที่

หมายเหตุ กรณีที่ผู้พิการไม่สามารถลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือได้ ให้ผู้ยื่นคำขอแทน เป็นผู้ลงลายมือชื่อแทนผู้ขอรับจัดสรร



กรณียื่นคำขอแทนผู้ขอรับจัดสรร

ยื่นคำขอแทนผู้พิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

คือ มีความพิการระดับ ๔ และ ระดับ ๕ เท่านั้น (ตามที่ระบุในบัตรประจำตัวผู้พิการ)

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

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

(พร้อมรูปถ่ายสภาพแวดล้อม บริเวณที่พักอาศัยหรือบ้านพักโดยรอบ จำนวน ๒ รูป กรณีจอดรถนั่งไฟฟ้า)

- หมายเหตุ** ๑. สามารถขอรับแบบคำขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการฯ และจัดส่งแบบคำขอฯได้ที่
- สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก อาคาร ๒ ชั้น ๕ โทร. ๐-๒๒๗๑-๘๘๘๘ ต่อ ๒๕๑๑ - ๒๕๑๕ หรือโทร ๐-๒๒๗๑-๔๗๐๗
 - สำนักงานขนส่งจังหวัดทุกจังหวัดทั่วประเทศ
๒. ภายหลังจากการแจ้งผลได้รับพิจารณาอนุมัติจัดสรรฯ จากคณะอนุกรรมการฯ หากมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงอุปกรณ์ ต้องแจ้งสำนักงานขนส่งจังหวัด หรือ สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนพิจารณาภายใน ๑๕ วัน
๓. หากผู้ได้รับจัดสรรไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขของกรมการขนส่งทางบก ต้องคืนเงินตามมูลค่าอุปกรณ์ตามที่ได้รับจัดสรร /และหรือชดใช้ค่าเสียหายทั้งหมดที่เกิดขึ้นแก่กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน และยินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย



สำหรับเจ้าหน้าที่

- ผู้ขอรับจัดสรรยื่นแบบคำขอด้วยตนเอง
- ผู้ยื่นคำขอแทนผู้พิการ (ตามระเบียบกรมฯ กรณีผู้พิการไม่สามารถลงลายมือชื่อหรือไม่สามารถยื่นคำขอด้วยตนเอง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ คือ มีความพิการระดับ ๔ หรือระดับ ๕ เท่านั้น)
(ตามที่ระบุในบัตรประจำตัวผู้พิการ)

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.....
สำนัก/กอง..... ได้ตรวจสอบข้อมูลในแบบคำขอครบถ้วนถูกต้อง

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....