

รายละเอียดการขอรับคำขออุปกรณ์ผู้พิการ สำหรับผู้พิการที่ประสบอุบัติเหตุที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน

สถานที่ยื่นคำขอ : ตามภูมิลำเนาของผู้พิการ

ผู้พิการจังหวัดชัยภูมิยื่นเอกสารได้ที่ สำนักงานขนส่งจังหวัดชัยภูมิ ในวัน และเวลาราชการ

คุณสมบัติ :

- (๑) สัญชาติไทย
- (๒) ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากกองทุนหรือหน่วยงานอื่น
- (๓) เคยได้รับความช่วยเหลือจากกองทุนหรือหน่วยงานอื่นมาแล้วเกินกว่า ๓ ปี นับถึงวันที่ยื่นคำขอ เว้นแต่เป็นอุปกรณ์คนละประเภทกับที่เคยได้รับความช่วยเหลือ
- (๔) ไม่เคยฝ่าฝืนเงื่อนไขของกรมการขนส่งทางบกเกี่ยวกับการจัดสรรเงินเป็นคำขออุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ

เอกสารประกอบคำขอ

- (๑) บัตรประจำตัวประชาชน หรือหลักฐานแสดงตนอื่นใดที่ทางราชการออกให้
- (๒) หากท่านมีบัตรประจำตัวผู้พิการ โปรดแนบเอกสารมาด้วย
- (๓) รูปถ่ายของผู้พิการที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะความพิการอย่างชัดเจนในลักษณะแตกต่างกัน ขนาดไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว ที่ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๓ เดือน อย่างน้อย ๓ รูป (โดยลักษณะท่าทางไม่ซ้ำกัน)
- (๔) หากท่านมีรูปถ่ายแสดงสภาพอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ขนาดรูปไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว อย่างน้อยจำนวน ๑ รูป โปรดแนบรูปภาพหรือเอกสารมาด้วย
- (๕) รูปถ่ายสภาพแวดล้อม (บริเวณที่พักอาศัยหรือบ้านพักของผู้พิการ) ขนาดรูปไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว อย่างน้อยจำนวน ๒ รูป (กรณีที่ผู้พิการขออุปกรณ์เป็นรถนั่งไฟฟ้า)
- (๖) ประวัติทางการแพทย์จากทะเบียนผู้ป่วย (OPD Card) หรือหลักฐานที่ทางราชการออกให้หรือหลักฐานการขอรับหรือได้รับการชดเชยค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทประกันภัยหรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยที่สามารถยืนยันหรือบ่งบอกได้ว่าความพิการนั้นเกิดจากอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน
กรณีที่ไม่มีเอกสารหลักฐานตาม (๕) หากมีเอกสารหลักฐานยืนยันหรือระบุโดยแพทย์และมีตราประทับของสถานพยาบาลไว้อย่างชัดเจนว่า ความพิการของผู้พิการมีสาเหตุมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ให้สามารถใช้เป็นหลักฐานตาม (๖) ได้ด้วย
- (๗) ใบประกาศนียบัตร หรือหนังสือแต่งตั้ง หรือหนังสือชมเชย หรือภาพถ่าย หรือหลักฐานอื่นๆ ที่สามารถแสดงให้เห็นว่าเป็นผู้ช่วยเหลือสังคม หรือทำคุณประโยชน์แก่สังคม (กรณีใช้ประโยชน์จากอุปกรณ์ที่ขอรับจัดสรรเพื่อช่วยเหลือสังคม หรือทำคุณประโยชน์แก่สังคม)
- (๘) ภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนผู้ยื่นคำขอแทน (กรณียื่นคำขอแทน)

คิวอาร์โค้ดเอกสารคำขอ หรือขอเอกสารได้ที่สำนักงานขนส่งจังหวัดชัยภูมิ



สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ กลุ่มวิชาการขนส่งจังหวัดชัยภูมิ
๐ ๔๔๘๑ ๑๓๔๓ ต่อ ๑๓ หรือ เพจFacebook สำนักงานขนส่ง
จังหวัดชัยภูมิและศูนย์คุ้มครองผู้โดยสารจังหวัดชัยภูมิ เพจใหม่



แบบคำขอ

การขอรับจัดสรรเงินจากกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.)
สำหรับเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสพภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน

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 : พิการมาแล้วปี เดือน (นับถึงวันยื่นแบบคำขอฯ)

๓. การได้รับความช่วยเหลือจาก กปด./หน่วยงานอื่น*

๓.๑ การได้รับความช่วยเหลือจาก กปด.

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

๓.๒ การได้รับความช่วยเหลือ จาก หน่วยงานอื่น

(หมายถึง การได้รับเครื่องช่วยเหลือนความพิการจากโรงพยาบาลต่างๆ)

- เคยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น (กรุณาระบุชื่อหน่วยงาน).....
เมื่อวัน/เดือน/ปี//
ระบุประเภทและลักษณะอุปกรณ์ให้ชัดเจน.....
ได้รับโดยการ ยืมชั่วคราว บริจาค เบิกตามสิทธิ์ อื่นๆ (ระบุ.....)
- ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐ

* โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณาฯ



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
- ๔.๒.๕ เบาะรองนั่งป้องกันแผลกดทับ.....
- ๔.๒.๖ เครื่องดูดเสมหะ
- ๔.๒.๗ เครื่องผลิตออกซิเจน
- ๔.๒.๘ ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ
- 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)

กรุณาระบุหรือบรรยายการใช้ประโยชน์จากอุปกรณ์ที่ขอรับจัดสรร พอสังเขป

.....

.....

.....

.....

* โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณาฯ

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 กรณีขอรถนั่งไฟฟ้า)

หมายเหตุ ๑. สามารถขอรับแบบคำขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการฯ และจัดส่งแบบคำขอฯได้ที่

- สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก อาคาร ๒ ชั้น ๕ โท. ๐-๒๒๗๑-๘๘๘๘ ต่อ ๒๕๑๑ - ๒๕๑๕ หรือโทร ๐-๒๒๗๑-๔๗๐๗
- สำนักงานขนส่งจังหวัดทุกจังหวัดทั่วประเทศ

๒. ภายหลังจากรับการแจ้งผลได้รับพิจารณาอนุมัติจัดสรรฯ 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.....

เอกสารประกอบการขอรับจัดสรร

- ๑) บัตรประจำตัวประชาชน หรือหลักฐานแสดงตนอื่นใดที่ทางราชการออกให้
- ๒) บัตรประจำตัวผู้พิการ (ถ้ามี) โดยอย่างน้อยให้มีรายการ ชื่อ ที่อยู่ของผู้พิการ วันที่ออกบัตรและวันหมดอายุ ประเภทหรือลักษณะความพิการ และชื่อผู้ดูแลผู้พิการ
- ๓) ทะเบียนบ้านของผู้พิการ
- 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 หรือหลักฐานการขอรับหรือได้รับการชดเช้ค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทประกันภัย หรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยที่สามารถยืนยันหรือบ่งบอกได้ว่าความพิการนั้นเกิดจากอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน
ในกรณีที่ไม่มีเอกสารหลักฐานตาม ๗) หากมีเอกสารหลักฐานยืนยันหรือระบุโดยแพทย์ไว้อย่างชัดเจนว่าความพิการของผู้ขอรับจัดสรรมีสาเหตุมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ให้ใช้เป็นหลักฐานตาม ๗) ได้ด้วย
- ๘) ใบประกาศนียบัตร หรือหนังสือแต่งตั้ง หรือหนังสือชมเชย หรือภาพถ่าย หรือหลักฐานอื่นๆ ที่สามารถแสดงให้เห็นว่าเป็นผู้ช่วยเหลือสังคม หรือทำคุณประโยชน์แก่สังคม (กรณีใช้ประโยชน์จากอุปกรณ์ที่ขอรับจัดสรรเพื่อการช่วยเหลือสังคม หรือทำคุณประโยชน์แก่สังคม)
- ๙) ภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนผู้ยื่นคำขอแทน (กรณียื่นคำขอแทน)
- ๑๐) หลักฐานที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ยื่นคำขอกับผู้พิการ (กรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม/ ผู้ปกครอง/ผู้อนุบาล/บิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร/พี่/น้อง)
- ๑๑) หนังสือรับรองจากหน่วยงานที่รับรองว่าเป็นผู้ดูแลผู้พิการ (กรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นผู้ดูแลตามความเป็นจริง)
- ๑๒) หลักฐานอื่นๆ

ส่วนที่ 4 อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับสภาพความพิการ (แพทย์ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง □ หลังรายการอุปกรณ์ที่เหมาะสม)

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

D. รถนั่งคนพิการ

1. รถนั่งคนพิการธรรมดาแบบมาตรฐาน ชนิดน้ำหนักเบาและสามารถปรับส่วนต่างๆได้		<input type="checkbox"/> D11
2. รถนั่งคนพิการแบบช่วยเหลือตนเองได้		<input type="checkbox"/> D21
3. รถนั่งคนพิการแบบปรับเอนนอนได้ ชนิดพับได้		<input type="checkbox"/> D31
4. รถนั่งคนพิการแบบปรับเอนนอนได้ ชนิดพับไม่ได้		<input type="checkbox"/> D41
5. รถนั่งคนพิการแบบ ขับเคลื่อนด้วยระบบไฟฟ้า	5.1 ชนิดพับได้	<input type="checkbox"/> D51
	5.2 ชนิดพับไม่ได้	<input type="checkbox"/> D52
	5.3 ชนิดปรับยี่นได้	<input type="checkbox"/> D53
	5.4 ชนิดปรับเอนนอนได้	<input type="checkbox"/> D54
6. รถนั่งคนพิการ ชนิดนั่งถ่ายและอาบน้ำได้ (Commode wheelchair)	6.1 ชนิดล้อเล็ก	<input type="checkbox"/> D61
	6.2 ชนิดล้อใหญ่	<input type="checkbox"/> D62
7. รถนั่งคนพิการแบบปรับยี่นได้ (Standing Wheelchair)		<input type="checkbox"/> D71

E. อุปกรณ์ทางการแพทย์

1. เครื่องดูดเสมหะ		<input type="checkbox"/> E11
2. เครื่องผลิตออกซิเจน	2.1 5 ลิตร	<input type="checkbox"/> E21
	2.2 10 ลิตร	<input type="checkbox"/> E22
3. เตียงนอนธรรมดาชนิด 3 ไกร์		<input type="checkbox"/> E31
4. ที่นอนลม		<input type="checkbox"/> E41
5. เตียงปรับระดับด้วยระบบไฟฟ้า ชนิด 3 ไกร์		<input type="checkbox"/> E51
6. ที่นอนป้องกันแผลกดทับ		<input type="checkbox"/> E61

F. อื่นๆ

1. เบาะรองนั่งป้องกันแผลกดทับ		<input type="checkbox"/> F11
2. รถสามล้อโยก		<input type="checkbox"/> F21
3. หัวลากรถนั่งคนพิการ แบบขับเคลื่อนด้วยระบบไฟฟ้า		<input type="checkbox"/> F31
4. เครื่องยกย้ายคนพิการแบบไฟฟ้า		<input type="checkbox"/> F41
5. อื่นๆ (ระบุ)		<input type="checkbox"/> F51

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

ประทับตรา
สถานพยาบาลของรัฐ

แบบประเมินเพื่อเลือกรถนั่งคนพิการที่เหมาะสม
(กรณีอุปกรณ์อื่นไม่ต้องกรอกส่วนนี้)

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

1) สภาวะทางร่างกาย

การทรงตัว good fair poor

การควบคุมศีรษะ/ลำคอ good fair poor

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

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

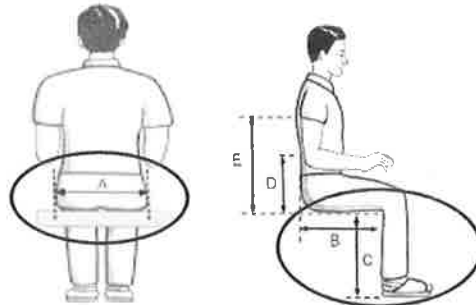
4) กิจกรรมในแต่ละวัน.....

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		กรณีทรงตัวไม่ดีนัก	



8) ลักษณะที่จำเป็นของรถนั่งคนพิการ ที่เหมาะสมสำหรับผู้พิการรายนี้

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

.....
.....

(.....) ผู้ประเมิน

..... ตำแหน่ง

...../...../..... (วันที่ประเมิน)

หมายเหตุ - ผู้ประเมินได้แก่ แพทย์ หรือนักวิชาชีพด้านฟื้นฟูฯ เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์ เป็นต้น และขอให้ใช้ข้อมูลจากการประเมินในการเลือกและจัดหารถนั่งคนพิการที่เหมาะสมสำหรับผู้พิการแต่ละราย