

แนวทางการดำเนินงานการสงเคราะห์ช่วยเหลือคนพิการที่ติดเชื้อหรือเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อ  
ไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 คนละ ๓,๐๐๐ บาท จ่ายไม่เกิน ๑ ครั้ง  
(ดำเนินการโดยกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.))

๑. หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่าย ดังนี้

- ๑.๑ เพื่อช่วยเหลือคนพิการที่ติดเชื้อหรือเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 ซึ่งอยู่ระหว่างการรักษาอาการเจ็บป่วยหรือติดเชื้อ และต้องยื่นคำร้องขอรับผ่านระบบออนไลน์ [www.dep.go.th](http://www.dep.go.th) ภายใน ๖๐ วันหลังรู้ผลว่าติดเชื้อ
- ๑.๒ มีเอกสารทางการแพทย์ว่าเป็นผู้ติดเชื้อหรือเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 เช่นใบรับรองแพทย์ตรวจแบบ Real – time PCR (Real time Polymerase Chain Reaction) หรือ RT-PCR หรือรายงานประวัติการตรวจรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล หรือมีใบรับรองแพทย์ให้กลับไปรักษาตัว เป็นต้น
- ๑.๓ มีฐานข้อมูลว่าเป็นคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ
- ๑.๔ ให้ดำเนินการโดยหน่วยงานภาครัฐที่มีภารกิจเกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
- ๑.๕ ให้จัดทำเป็นโครงการเพื่อขอเสนอรับการสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

๒. ขั้นตอนการดำเนินงาน

- ๒.๑ คนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ/ผู้ปกครอง/ผู้อนุบาลหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจากคนพิการยื่นคำขอรับการสงเคราะห์ช่วยเหลือคนพิการฯ ผ่านระบบออนไลน์แบบคำขอรับการสงเคราะห์ช่วยเหลือคนพิการที่ติดเชื้อหรือเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 ตามที่กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการกำหนดผ่านทางเว็บไซต์กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ [www.dep.go.th](http://www.dep.go.th)
- ๒.๒ คนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ/ผู้ปกครอง/ผู้อนุบาลหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจากคนพิการดำเนินการกรอกข้อมูลเข้าระบบดังกล่าว โดยจะต้องแนบเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้
  - ๒.๒.๑ เอกสารทางการแพทย์ว่าเป็นผู้ติดเชื้อหรือเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 ซึ่งอยู่ระหว่างการรักษา ใบรับรองแพทย์ตรวจแบบ Real – time PCR (Real time Polymerase Chain Reaction) หรือ RT-PCR หรือรายงานประวัติการตรวจรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล เป็นต้น
  - ๒.๒.๒ บัญชีธนาคารของคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ หรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจหรือบุคคลที่คนพิการอาศัยอยู่ด้วยกรณีที่เป็นบุคคลที่คนพิการที่อาศัยอยู่ด้วยขอให้ผู้นำชุมชนหรือบุคคลที่น่าเชื่อถือรับรอง
  - ๒.๒.๓ บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดูแลคนพิการ/ผู้ปกครอง/ผู้อนุบาล/หรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจากคนพิการ หรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจหรือผู้ที่คนพิการอาศัยอยู่ด้วย
- ๒.๓ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยกองส่งเสริมสิทธิและสวัสดิการคนพิการ ดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของเอกสาร ตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ว่าสามารถรับการสงเคราะห์ช่วยเหลือคนพิการที่ติดเชื้อหรือเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 หรือไม่อย่างไร และดำเนินการโอนเงินไปยังหมายเลขบัญชีธนาคารที่ได้แจ้งไว้ต่อไป โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานของ พก. ดังนี้

- ๒.๓.๑ กองส่งเสริมสิทธิและสวัสดิการคนพิการ และคณะทำงานฯ เพื่อดำเนินการตรวจสอบข้อมูลการยื่นคำขอรับการช่วยเหลือในระบบ โดยตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูลตามเงื่อนไขที่กำหนด
- ๒.๓.๒ กองส่งเสริมสิทธิและสวัสดิการคนพิการ รวบรวมสรุปข้อมูลเพื่อดำเนินการขออนุมัติดำเนินการและค่าใช้จ่ายเพื่อเบิกจ่ายเงินสงเคราะห์ ให้กับคนพิการ
- ๒.๓.๓ กองส่งเสริมสิทธิและสวัสดิการคนพิการ ขอความร่วมมือสำนักงานเลขานุการกรมดำเนินการโอนเงินไปยังบัญชีของคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ
- ๒.๓.๔ เมื่อดำเนินการโอนเงินเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จักให้แจ้งคนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ/ผู้ปกครอง/ผู้อนุบาล หรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจากคนพิการ ทราบโดยเร็ว
- ๒.๔ หน่วยงานที่รับผิดชอบ กองส่งเสริมสิทธิและสวัสดิการคนพิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
- ผู้ประสานงาน : นางลำไย ทำน้ำตัน ผู้อำนวยการกลุ่มส่งเสริมศูนย์บริการคนพิการ
- โทรศัพท์ : ๐๒๓๕๔๓๓๘๘ ต่อ ๒๐๔
- ผู้ประสานงาน : นายอนุศิษฐ์ แซ่สง นักพัฒนาสังคมชำนาญการ
- โทรศัพท์ : ๐๒๓๕๔๓๓๘๘ ต่อ ๒๐๓
- มือถือ : ๐๘๑๙๒๘๕๕๓๙
-



รับคำขอเลขที่...../.....

แบบคำขอรับการสงเคราะห์ช่วยเหลือคนพิการที่ติดเชื้อหรือเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 ตามประกาศอัตรารายเงิน รายการค่าใช้จ่ายและรายละเอียดการปฏิบัติในการสนับสนุนแผนงานหรือโครงการเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการ เพื่อช่วยเหลือคนพิการที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19

เขียนที่.....  
วันที่ยื่นเอกสาร วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ผู้ยื่นคำขอ [ ] ยื่นด้วยตนเอง

[ ] ยื่นโดยผู้อื่น มีความสำคัญเกี่ยวข้องเป็น

- ผู้ดูแล
- ผู้ปกครอง/ผู้พิทักษ์/ผู้อนุบาล
- ผู้อื่น ระบุ.....(ต้องได้รับมอบอำนาจ) ตามหนังสือมอบอำนาจ ลงวันที่ .....

ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....

หมายเลขบัตรประชาชน

ที่อยู่.....

โทรสาร..... โทรศัพท์.....

### 1. ข้อมูลคนพิการ

คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ .....) ชื่อ .....นามสกุล.....

หมายเลขบัตรประชาชน

สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่าร้าง  แยกกันอยู่  อื่น ๆ.....เพศ.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....โลหิต.....

มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่ .....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

### ประเภทความพิการ

- ความพิการทางการเห็น  ความพิการทางสติปัญญา  ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
- ความพิการทางการเรียนรู้  ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย  ความพิการทางออกัสติค
- ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม  พิการซ้อน  ไม่ระบุความพิการ.....

รูปภาพ

บัตรประจำตัว

2. การแจ้งความประสงค์เพื่อขอรับการสงเคราะห์ช่วยเหลือ

- เนื่องจาก เป็นคนพิการติดเชื้อหรือเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 ซึ่งอยู่ระหว่างการรักษาอาการเจ็บป่วยหรือติดเชื้อ มีเอกสารทางการแพทย์ว่าเป็นผู้ติดเชื้อหรือเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 โดยมีเอกสารแนบ ดังนี้
- Real-time PCR (Real Time Polymerase Chain Reaction) หรือ RT-PCR
  - รายงานประวัติการตรวจรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล
  - อื่นๆ ระบุ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ดังกล่าว โดยวิธีโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร

ธนาคาร.....ชื่อบัญชี.....  
เลขที่บัญชี .....

การรับรองข้อมูลส่วนบุคคล

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตรงตามความจริงทุกประการ หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงตามความจริงข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระงับสิทธิสวัสดิการและประโยชน์อื่นๆ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสาร เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาสนับสนุนค่าใช้จ่ายรายการเพื่อการสงเคราะห์ช่วยเหลือข้าพเจ้าได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 ต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอรับการสงเคราะห์  
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ  
(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของนักสังคมสงเคราะห์/เจ้าหน้าที่ .....

เห็นควรช่วยเหลือ .....

ยังช่วยเหลือไม่ได้ เนื่องจากเอกสารไม่ถูกต้อง/ครบถ้วน

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่  
(.....)

ตำแหน่ง.....

# หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า .....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่.....

ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

ได้มอบอำนาจให้.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่.....

ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

.....เป็นผู้รับการสงเคราะห์ช่วยเหลือคนพิการที่ติดเชื้อหรือเจ็บป่วยจาก

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 เพื่อช่วยเหลือคนพิการผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 จำนวน 3,000-บาท (สามพันบาทถ้วน) แทนข้าพเจ้า

และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไป ตามที่มอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือ พิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....) ตัวบรรจง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือ หรือ ลายนิ้วมืออันแท้จริงของผู้มอบอำนาจกับผู้รับมอบอำนาจ และผู้มอบอำนาจกับผู้รับมอบอำนาจ ได้ลงลายมือชื่อต่อหน้าข้าพเจ้าแล้ว

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) ตัวบรรจง