



ประกาศคณะกรรมการบริหารกองทุนพัฒนากีฬาแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการช่วยเหลือด้านสวัสดิการแก่นักกีฬา บุคลากรกีฬา
และผู้ซึ่งประสบอุบัติเหตุ หรือได้รับความเสียหายหรืออันตรายจากการแข่งขันกีฬา
และกรณีอื่นอันควรแก่การสงเคราะห์
พ.ศ. ๒๕๖๔

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการนำเงินกองทุนไปใช้จ่าย
เพื่อช่วยเหลือด้านสวัสดิการแก่นักกีฬา บุคลากรกีฬา และผู้ซึ่งประสบอุบัติเหตุ หรือได้รับความเสียหายหรือ
อันตรายจากการแข่งขันกีฬา และกรณีอื่นอันควรแก่การสงเคราะห์

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔๒ (๖) และมาตรา ๔๖ (๕) แห่งพระราชบัญญัติการ
กีฬาแห่งประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๘ และข้อ ๓๘ แห่งระเบียบคณะกรรมการการกีฬาแห่งประเทศไทย
ว่าด้วยการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน การบริหารกองทุน และการจัดหาผลประโยชน์ของกองทุน
พัฒนากีฬาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยระเบียบคณะกรรมการการกีฬาแห่งประเทศไทย
ว่าด้วยการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน การบริหารกองทุน และการจัดหาผลประโยชน์ของกองทุน
พัฒนากีฬาแห่งชาติ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๑ คณะกรรมการบริหารกองทุนพัฒนากีฬาแห่งชาติ
ในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๒๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการบริหารกองทุนพัฒนากีฬาแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการช่วยเหลือด้านสวัสดิการแก่นักกีฬา บุคลากรกีฬาและผู้ซึ่ง
ประสบอุบัติเหตุ หรือได้รับความเสียหาย หรืออันตรายจากการแข่งขันกีฬา และกรณีอื่นอันควรแก่การ
สงเคราะห์ พ.ศ. ๒๕๖๔”

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกประกาศคณะกรรมการบริหารกองทุนพัฒนากีฬาแห่งชาติ เรื่อง
หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการช่วยเหลือด้านสวัสดิการแก่นักกีฬา บุคลากรกีฬา และผู้ซึ่งประสบ
อุบัติเหตุ หรือได้รับความเสียหายหรืออันตรายจากการแข่งขันกีฬา และกรณีอื่นอันควรแก่การสงเคราะห์
พ.ศ. ๒๕๕๙ และ พ.ศ. ๒๕๖๒

ข้อ ๓ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันประกาศเป็นต้นไป

Supan K



ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“กองทุน” หมายความว่า กองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ

“คณะกรรมการบริหารกองทุน” หมายความว่า คณะกรรมการบริหารกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการการกีฬาแห่งประเทศไทย

“กกท.” หมายความว่า การกีฬาแห่งประเทศไทย

“คณะอนุกรรมการ” หมายความว่า คณะอนุกรรมการด้านสวัสดิการกีฬา

“ผู้จัดการกองทุน” หมายความว่า ผู้จัดการกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ

“สมาคมกีฬา” หมายความว่า สมาคมกีฬาที่ใช้คำว่า “แห่งประเทศไทย” หรือสมาคมกีฬาแห่งจังหวัด แล้วแต่กรณี

“นักกีฬา” หมายความว่า นักกีฬาทีมชาติ นักกีฬาคนพิการทีมชาติ ที่สังกัดสมาคมกีฬาที่ใช้คำว่า “แห่งประเทศไทย” และนักกีฬาจังหวัดที่สังกัดสมาคมกีฬาแห่งจังหวัด

“บุคลากรกีฬา” หมายความว่า บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการกีฬา ได้แก่ ผู้ตัดสิน ผู้บริหารองค์กรด้านกีฬา ผู้ฝึกสอน และผู้ช่วยเหลือนักกีฬา ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนดตามพระราชบัญญัติการกีฬาแห่งประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๘

“สวัสดิการ” หมายความว่า เงินช่วยเหลือสวัสดิการกีฬา แก่นักกีฬา หรือบุคลากรกีฬา ตามประกาศฉบับนี้

“การแข่งขันมหกรรมกีฬา” หมายความว่า มหกรรมกีฬาที่ส่งแข่งขันโดยคณะกรรมการโอลิมปิกแห่งประเทศไทยฯ คณะกรรมการพาราลิมปิกแห่งประเทศไทย หรือสมาคมกีฬาที่ใช้คำว่า “แห่งประเทศไทย”

“การแข่งขันระดับนานาชาติ” หมายความว่า การแข่งขันกีฬานานาชาติที่สมาคมกีฬาเป็นผู้ส่งแข่งขัน ได้แก่ ชิงชนะเลิศแห่งโลก ชิงชนะเลิศแห่งเอเชีย หรืออื่นๆ ที่สหพันธ์กีฬานานาชาติ ให้การรับรอง

“การแข่งขันระดับชาติ” หมายความว่า การแข่งขันระดับชาติที่ส่งแข่งขันในนามสมาคมกีฬาแห่งจังหวัด

ข้อ ๕ ให้ประธานกรรมการบริหารกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติเป็นผู้รักษาการตามประกาศนี้ และมีอำนาจวินิจฉัยปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามประกาศนี้

Seyacut



ข้อ ๖ กลุ่มผู้มีสิทธิขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการตามประกาศนี้ แบ่งเป็น ๕ กลุ่ม คือ

๖.๑ กลุ่มที่ ๑ นักกีฬาทีมชาติ ต้องเป็นตัวแทนนักกีฬาทีมชาติ ทั้งคนปกติและคนพิการ ที่เข้าร่วมรายการแข่งขันกีฬาระดับนานาชาติรายการนั้น ๆ นับตั้งแต่วันที่ได้รับการคัดเลือกเป็นตัวแทนทีมชาติ ให้เข้าร่วมการแข่งขันมหกรรมกีฬาและรายการแข่งขันนานาชาติ และรุ่นอาวุโส ซึ่งส่งแข่งขันโดยคณะกรรมการโอลิมปิกแห่งประเทศไทยฯ คณะกรรมการพาราลิมปิกแห่งประเทศไทย หรือสมาคมกีฬาที่ใช้คำว่า “แห่งประเทศไทย” ให้รับสิทธิช่วยเหลือสวัสดิการตามบัญชีแนบท้ายตารางประกาศนี้

กรณีนักกีฬาทีมชาติคนปกติที่ทุพพลภาพตามวรรคหนึ่ง ที่ประสบอุบัติเหตุจากการแข่งขันและฝึกซ้อมให้ได้รับสิทธิขอความช่วยเหลือสวัสดิการตามประกาศนี้จนกว่าจะเสียชีวิต หรือกองทุนยุบ หรือล้มเลิก การช่วยเหลือตามประกาศนี้ถือเป็นอันสิ้นสุดลง

๖.๒ กลุ่มที่ ๒ นักกีฬาจังหวัด หมายถึง เป็นนักกีฬาตัวแทนจังหวัด ซึ่งเข้าร่วมการแข่งขันกีฬาแห่งชาติ กีฬายาวชนแห่งชาติ กีฬาคนพิการแห่งชาติ หรือนักกีฬาอาวุโสแห่งชาติ โดยนับตั้งแต่วันที่ได้รับการคัดเลือกเป็นตัวแทนจังหวัดระดับภาคและได้รับสิทธิให้เข้าร่วมการแข่งขันรายการดังกล่าว จนจบการแข่งขันในปีที่ขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการกีฬา

ในกรณีที่นักกีฬาจังหวัด ที่อยู่ในห้วงระยะเวลา ๔ ปี โดยนับตั้งแต่วันที่นักกีฬาผู้นั้นได้รับการคัดเลือกเป็นตัวแทนจังหวัดระดับภาค ประสบอุบัติเหตุ หรืออันตรายจากการแข่งขันกีฬา หรือกรณีอื่นอันควรแก่การสงเคราะห์อันเป็นผลทำให้ร่างกายเกิดอาการทุพพลภาพ ให้แก่นักกีฬาจังหวัดผู้นั้น มีสิทธิยื่นคำขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการตามประกาศนี้

นักกีฬาจังหวัดที่ทุพพลภาพตามวรรคสอง จะได้รับสิทธิขอความช่วยเหลือสวัสดิการตามประกาศนี้จนกว่าจะเสียชีวิต หรือกองทุนยุบ หรือล้มเลิก การช่วยเหลือตามประกาศนี้ถือเป็นอันสิ้นสุดลง

๖.๓ กลุ่มที่ ๓ บุคลากรกีฬา หมายถึง ผู้บริหารองค์กรกีฬา ผู้ฝึกสอนกีฬา ผู้ตัดสิน ผู้ชี้ขาด ที่เคยเข้าร่วม และปฏิบัติหน้าที่ในการแข่งขันมหกรรมกีฬา ปฏิบัติหน้าที่ในการแข่งขันมหกรรมกีฬา การแข่งขันระดับนานาชาติ และการแข่งขันในระดับชาติ หรือกรณีอื่นที่คณะกรรมการบริหารกองทุนเห็นสมควรตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

๖.๔ กลุ่มที่ ๔ อดีตนักกีฬาทีมชาติ อดีตนักกีฬาจังหวัด และอดีตบุคลากรกีฬา ต้องเป็นผู้ที่เคยเข้าร่วมการแข่งขัน และปฏิบัติหน้าที่ ในการแข่งขันมหกรรมกีฬา การแข่งขันระดับนานาชาติ และการแข่งขันระดับชาติ ตามข้อ ๖.๑ หรือข้อ ๖.๒ หรือข้อ ๖.๓ มาแล้วไม่เกิน ๔ ปี

อดีตนักกีฬาทีมชาติ อดีตบุคลากรกีฬา ตามวรรคหนึ่ง ได้รับบาดเจ็บจากการแข่งขัน และฝึกซ้อม จากการปฏิบัติหน้าที่ หรือที่ประสบอุบัติเหตุอันควรแก่การสงเคราะห์ จนเป็นเหตุให้เกิดอาการทุพพลภาพ ให้ได้รับสิทธิช่วยเหลือตามประกาศนี้ ไปจนกว่าจะเสียชีวิต หรือกองทุนยุบ หรือล้มเลิก การช่วยเหลือตามประกาศนี้ถือเป็นอันสิ้นสุดลง

ในกรณีอดีตนักกีฬาทีมชาติ อดีตบุคลากรกีฬา เสียชีวิตให้ได้รับสิทธิการช่วยเหลือสวัสดิการกรณีเสียชีวิต ตามบัญชีแนบท้ายประกาศฉบับนี้

Seyacee K



ข้อ ๗ อัตราและเงื่อนไขการให้ความช่วยเหลือสวัสดิการตามประกาศนี้ ให้เป็นไปตามบัญชีท้ายประกาศนี้

ข้อ ๘ การช่วยเหลือสวัสดิการตามประกาศนี้ให้ปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

๘.๑ ค่ายังชีพรายเดือน กรณีผู้มีสิทธิขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการตามข้อ ๖ ซึ่งได้รับการช่วยเหลือค่ายังชีพรายเดือนกรณีทุพพลภาพจากกองทุนกรณีเกิดการเสียชีวิต หรือกรณีกองทุนยุบหรือล้มเลิก ให้การช่วยเหลือค่ายังชีพรายเดือนกรณีทุพพลภาพตามหลักเกณฑ์ข้างต้นเป็นอันสิ้นสุดลง

๘.๒ ค่ารักษาพยาบาล ให้เป็นไปตามที่กำหนด ดังต่อไปนี้

๘.๒.๑ การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้มีสิทธิขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการตามข้อ ๖ ให้เบิกจ่ายได้จากสิทธิใดสิทธิหนึ่งเท่านั้น โดยให้เบิกจ่ายจากสิทธิค่ารักษาพยาบาลที่ตนเองพึงมี อาทิ สวัสดิการการรักษาพยาบาลของรัฐ ประกันสังคม หรือประกันชีวิตส่วนบุคคล ฯลฯ ก่อนที่จะใช้สิทธิสวัสดิการตามประกาศฉบับนี้

กรณีนักกีฬาคนพิการทีมชาติ สามารถใช้สิทธิสวัสดิการตามประกาศฉบับนี้ได้ หรือจะเลือกใช้จากสิทธิค่ารักษาพยาบาลที่ตนเองพึงมีตามวรรคแรกของข้อ ๘.๒.๑

๘.๒.๒ ผู้มีสิทธิขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการตามข้อ ๖ เมื่อขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการจากกองทุน กรณีที่ได้รับสินไหมทดแทนจากบริษัทประกันได้เต็มจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแล้ว ไม่มีสิทธิได้รับสวัสดิการจากกองทุน เว้นแต่ค่าสินไหมที่ได้รับนั้นต่ำกว่าค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายจริง ผู้มีสิทธิขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการตามข้อ ๖ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลเพียงเท่าจำนวนที่ขาดอยู่ตามระเบียบของทางราชการโดยแนบหลักฐานการรับสินไหมทดแทนจากการประกันพร้อมสำเนาใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลที่ยังไม่ได้เบิกจ่ายแนบเป็นหลักฐานในการเบิกจ่าย

๘.๒.๓ ผู้มีสิทธิขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการตามข้อ ๖ ให้ส่งเรื่องผ่านสมาคมกีฬา และให้สมาคมกีฬารวบรวมและมีความเห็นเบื้องต้นยื่นต่อผู้จัดการกองทุน พร้อมแนบเอกสารหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามแบบฟอร์มสวัสดิการที่คณะกรรมการบริหารกองทุนกำหนดท้ายประกาศนี้

๘.๒.๔ การขอรับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลถัดจากครั้งแรก ผู้มีสิทธิขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการตามข้อ ๖ สามารถยื่นความประสงค์ขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลต่อผู้จัดการกองทุนได้โดยตรง และให้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามแบบฟอร์มสวัสดิการที่คณะกรรมการบริหารกองทุนกำหนดท้ายประกาศนี้

๘.๒.๕ อดีตนักกีฬาทีมชาติ อดีตนักกีฬาจังหวัด และอดีตบุคลากรกีฬาที่ทุพพลภาพ ที่อยู่ในความดูแลและได้รับค่ายังชีพกรณีทุพพลภาพจากกองทุนแล้ว สามารถขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลได้โดยตรงต่อผู้จัดการกองทุน โดยให้ส่งเอกสารหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามแบบฟอร์มสวัสดิการที่คณะกรรมการบริหารกองทุนกำหนดท้ายประกาศนี้

๘.๒.๖ กรณีผู้มีสิทธิขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการตามข้อ ๖ ที่ได้รับบาดเจ็บต่อเนื่องจากการฝึกซ้อมหรือการแข่งขันกีฬา สามารถขอรับความช่วยเหลือจากกองทุนตามประกาศฉบับนี้ หรือตามคณะกรรมการบริหารกองทุนเห็นสมควร

Sejane



๘.๓ ช่วยเหลือทางการศึกษา ให้เป็นไปตามที่กำหนด ดังต่อไปนี้

๘.๓.๑ เมื่อผู้มีสิทธิขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการตามข้อ ๖ กลุ่มที่ ๑ นักกีฬาทีมชาติ และกลุ่มที่ ๒ นักกีฬาจังหวัด กรณีเกิดการเสียชีวิต และหากครอบครัวมีความประสงค์ จะขอรับความช่วยเหลือทางการศึกษาตามสิทธิของนักกีฬาที่พึงจะได้รับผ่านบุตรที่ชอบตามกฎหมาย ให้เสนอขอรับความช่วยเหลือผ่านสมาคมกีฬาที่นักกีฬาผู้นั้นสังกัด พร้อมแนบหลักฐานประกอบการขอรับ ความช่วยเหลือทางการศึกษาตามแบบฟอร์มสวัสดิการที่คณะกรรมการบริหารกองทุนกำหนดท้ายประกาศนี้

๘.๓.๒ กองทุน จะดำเนินการเบิกจ่ายสวัสดิการช่วยเหลือทางการศึกษา ให้แก่ผู้มีสิทธิขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการตามข้อ ๖ กลุ่มที่ ๑ นักกีฬาทีมชาติ และกลุ่มที่ ๒ นักกีฬา จังหวัด ผ่านบุตรที่ชอบตามกฎหมาย ที่จะมีสิทธิรับการสงเคราะห์สวัสดิการได้คราวละ ไม่เกิน ๓ คน โดยเบิกจ่ายให้ตามระเบียบที่กระทรวงการคลังกำหนด แต่ทั้งนี้ไม่เกินระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี

๘.๓.๓ การขอรับความช่วยเหลือทางการศึกษาถัดจากครั้งแรก ครอบครัวของผู้มีสิทธิขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการตามข้อ ๖ กลุ่มที่ ๑ นักกีฬาทีมชาติ และกลุ่มที่ ๒ นักกีฬาจังหวัด สามารถยื่นความประสงค์ขอรับความช่วยเหลือทางการศึกษาต่อกองทุนได้โดยตรง โดยไม่ต้องมีหนังสือส่งจากสมาคมกีฬา ทั้งนี้ ให้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามแบบฟอร์ม สวัสดิการที่คณะกรรมการบริหารกองทุนกำหนดท้ายประกาศนี้

๘.๔ การขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการกีฬาสมทบการรักษาพยาบาล หรือ อุปกรณ์อำนวยความสะดวกและบรรเทาอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ตามบัญชีแนบท้ายการให้ความ ช่วยเหลือสวัสดิการท้ายประกาศนี้ ให้ส่งเรื่องผ่านสมาคมกีฬาที่ต้นสังกัด และให้สมาคมกีฬารวบรวมและ มีความเห็นเบื้องต้นยื่นต่อผู้จัดการกองทุน พร้อมแนบเอกสารหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย ตามแบบฟอร์ม สวัสดิการที่คณะกรรมการบริหารกองทุนกำหนดท้ายประกาศนี้

ข้อ ๙ กองทุนจะไม่พิจารณาให้ความช่วยเหลือสวัสดิการตามข้อ ๖ ของประกาศฉบับนี้ หากคุณสมบัติของผู้มีสิทธิขอรับความช่วยเหลือมีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

- ๙.๑ การกระทำความผิดได้ฤทธิสุราหรือยาเสพติด
- ๙.๒ การฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายร่างกายตนเอง
- ๙.๓ การทำแท้งลูก
- ๙.๔ การทะเลาะวิวาทหรือมีส่วนเกี่ยวข้องให้เกิดการทะเลาะวิวาท ก่ออาชญากรรม ที่มีความผิดสถานหนัก หรือขณะถูกจับกุม หรือหลบหนีการจับกุม
- ๙.๕ การเข้าร่วมการจลาจล การนัดหยุดงาน การที่ประชาชนก่อความวุ่นวาย
- ๙.๖ กรณีอื่น ที่คณะกรรมการบริหารกองทุนเห็นสมควร พิจารณาไม่ให้ความ

ช่วยเหลือ

Syauk



NATIONAL SPORTS DEVELOPMENT FUND
กองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ

ข้อ ๑๐ ให้ผู้จัดการกองทุน อนุมัติให้ความช่วยเหลือสวัสดิการให้เป็นไปตามประกาศนี้ ให้แก่ผู้มีสิทธิขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการตามข้อ ๖ และข้อ ๘ สูงสุดไม่เกิน ๒๐๐,๐๐๐ บาท/คน และให้รายงานคณะกรรมการและคณะกรรมการบริหารกองทุนทราบในโอกาสแรกที่มีการประชุม

กรณีการเยี่ยมนักกีฬา อดีตนักกีฬา บุคลากรกีฬา และอดีตบุคลากรกีฬา เช่น เงินบำรุงขวัญ กระเช้า ของเยี่ยม ช่อดอกไม้ และอื่นๆ ให้ผู้จัดการกองทุน อนุมัติให้เป็นไปตามบัญชีท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๑ ในกรณีการให้ความช่วยเหลือสวัสดิการที่นอกเหนือจากประกาศนี้ คณะกรรมการบริหารกองทุน อาจพิจารณาอนุมัติให้ความช่วยเหลือสวัสดิการตามที่เห็นว่าจำเป็นและเหมาะสม โดยจะสนับสนุนทั้งหมดหรือบางส่วน หรือจะกำหนดเงื่อนไขใดๆ ไว้ด้วยก็ได้

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๒ อดีตนักกีฬาทีมชาติ อดีตนักกีฬาจังหวัด และอดีตบุคลากรกีฬา ที่ได้รับการให้ความช่วยเหลือสวัสดิการอยู่ในวันก่อนวันที่ประกาศนี้ใช้บังคับ ให้ยังคงได้รับการให้ความช่วยเหลือสวัสดิการตามประกาศคณะกรรมการบริหารกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการช่วยเหลือด้านสวัสดิการแก่นักกีฬา บุคลากรกีฬา และผู้ซึ่งประสบอุบัติเหตุ หรือได้รับความเสียหายหรืออันตรายจากการแข่งขันกีฬา และกรณีอื่นอันควรแก่การสงเคราะห์ พ.ศ. ๒๕๖๒

ข้อ ๑๓ การยื่นขอรับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ผู้มีสิทธิขอตามข้อ ๖ สามารถยื่นขอสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลต่อผู้จัดการกองทุน ตามประกาศฉบับนี้ พร้อมแนบหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามแบบฟอร์มสวัสดิการ โดยต้องยื่นเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลก่อนใบเสร็จครบอายุ ๑ ปี

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

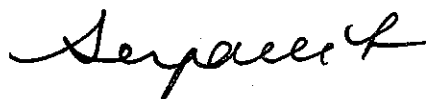
พลเอก



(ประวิตร วงษ์สุวรรณ)

รองนายกรัฐมนตรี

ประธานกรรมการบริหารกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ



บัญชีท้ายประกาศประกาศคณะกรรมการบริหารกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการช่วยเหลือด้านสวัสดิการแก่นักกีฬา บุคลากรกีฬา และผู้ซึ่งประสบอุบัติเหตุ
หรือได้รับความเสียหายหรืออันตรายจากการแข่งขันกีฬา และกรณีอื่นอันควรแก่การสงเคราะห์ พ.ศ. ๒๕๖๔

การให้ความช่วยเหลือสวัสดิการ	จำนวนเงิน(บาท) / คน				
	กลุ่มที่ ๑ นักกีฬามืออาชีพ	กลุ่มที่ ๒ นักกีฬาจังหวัด	กลุ่มที่ ๓ บุคลากรกีฬา	กลุ่มที่ ๔	
				อดีตนักกีฬา	อดีตบุคลากรกีฬา
๑. สนับสนุนค่าจ้างปีพรายเดือนกรณีทุพพลภาพ					
๑.๑ ทุพพลภาพถาวรโดยสิ้นเชิง					
- เนื่องจากการแข่งขัน	๓๔,๐๐๐ - ๒๐,๐๐๐ บาท/เดือน	๔,๐๐๐ - ๑๒,๐๐๐ บาท/เดือน	-	๔,๐๐๐ - ๑๒,๐๐๐ บาท/เดือน	-
- เนื่องจากการฝึกซ้อมกีฬา	๑๑,๐๐๐ - ๑๗,๐๐๐ บาท/เดือน	๕,๐๐๐ - ๘,๐๐๐ บาท/เดือน	-	๕,๐๐๐ - ๘,๐๐๐ บาท/เดือน	-
๑.๒ ทุพพลภาพถาวรบางส่วน					
- เนื่องจากการแข่งขัน	๑๐,๐๐๐ - ๑๔,๐๐๐ บาท/เดือน	๕,๐๐๐ - ๘,๐๐๐ บาท/เดือน	-	๕,๐๐๐ - ๘,๐๐๐ บาท/เดือน	-
- เนื่องจากการฝึกซ้อมกีฬา	๔,๐๐๐ - ๑๕,๐๐๐ บาท/เดือน	๓,๐๐๐ - ๕,๐๐๐ บาท/เดือน	-	๓,๐๐๐ - ๕,๐๐๐ บาท/เดือน	-
๒. กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย					
๒.๑ ค่ารักษาพยาบาล	๒.๑.๑ เนื่องจากการแข่งขัน - การรักษา ณ สถานพยาบาลของรัฐบาล ให้เบิกได้ตามจ่ายจริง ตามระเบียบกระทรวงการคลัง - การรักษา ณ สถานพยาบาลของเอกชน ให้เบิกได้ตามจ่ายจริงแต่ไม่เกิน ๓๐,๐๐๐ บาท และต้องมีใบรับรองแพทย์ว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยฉุกเฉินเร่งด่วนเป็นกรณีพิเศษ ๒.๑.๒ เนื่องจากการฝึกซ้อมกีฬา - การรักษา ณ สถานพยาบาลของรัฐบาล ให้เบิกได้ตามจ่ายจริง ตามระเบียบกระทรวงการคลัง - การรักษา ณ สถานพยาบาลของเอกชน ให้เบิกได้ตามจ่ายจริงแต่ไม่เกิน ๓๐,๐๐๐ บาท และต้องมีใบรับรองแพทย์ว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยฉุกเฉินเร่งด่วนเป็นกรณีพิเศษ ทั้งนี้ ตามข้อ ๒.๑ (ข้อ ๒.๑.๑ - ข้อ ๒.๑.๒) ให้เบิกจ่ายจากสวัสดิการของตนเองก่อน เช่น ประกันชีวิต หรือสวัสดิการอื่นๆ ของรัฐ ก่อนที่จะใช้สิทธิสวัสดิการตามประกาศฉบับนี้ ให้ผู้จัดการกองทุน อนุมัติให้เบิกจ่าย และให้รายงานคณะกรรมการและคณะกรรมการบริหารกองทุนทราบในโอกาสแรกที่มีการประชุม				
๒.๒ เงินช่วยเหลือสวัสดิการกีฬาสมทบการรักษาพยาบาล	การให้ความช่วยเหลือเงินสวัสดิการสมทบการรักษาพยาบาลในรายการค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากระเบียบทางราชการ โดยให้เบิกจ่ายกับกองทุนตามที่จ่ายจริง ไม่เกินวงเงิน ๓๐๐,๐๐๐ บาท/คน ตามบัญชีโรคแบบท้ายหลักเกณฑ์นี้ หรือโรคอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการบริหารกองทุนเห็นสมควร				
๒.๓ อุปกรณ์อำนวยความสะดวกและบรรเทาอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย	การให้ความช่วยเหลืออุปกรณ์อำนวยความสะดวกและบรรเทาอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายตามความเห็นของแพทย์ผู้รักษา หรือกรณีทีอุปกรณ์ที่ใช้อยู่เกิดการชำรุดเสียหายตามกาลเวลา ให้ความช่วยเหลือตามความจำเป็น คราวละไม่เกิน ๓๐๐,๐๐๐ บาท/ปี และให้รายงานคณะกรรมการบริหารกองทุนทราบ ในโอกาสแรกที่มีการประชุม				
๓. กรณีการเยี่ยม					
๓.๑ การเยี่ยมกรณีบาดเจ็บ/เจ็บป่วย					
๓.๑.๑ เงินบำรุงขวัญ กรณีบาดเจ็บ/เจ็บป่วย	ครั้งละไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท /คน	ครั้งละไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท /คน	ครั้งละไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท /คน	ครั้งละไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท /คน	ครั้งละไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท /คน
๓.๑.๒ ของเยี่ยมเมื่อเจ็บป่วย/บาดเจ็บ (กระเช้า หรือช่อดอกไม้ และอื่นๆ)	ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท/คน	ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท/คน	ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท/คน	ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท/คน	ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท/คน
๓.๒ การเยี่ยมเพื่อบำรุงขวัญ					
๓.๒.๑ เงินบำรุงขวัญระหว่าง แข่งขัน หรือเก็บตัว ฝึกซ้อมระดับมหกรรมกีฬา	ครั้งละไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท ต่อรายการแข่งขัน				
๓.๒.๒ ของเยี่ยม กระเช้า หรือช่อดอกไม้ และอื่นๆ	ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท/คน	ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท/คน	ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท/คน	ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท/คน	ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท/คน
๓.๓. แสดงความยินดี ต้อนรับ และอื่นๆ	ไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท/คน				

Signature



การให้ความช่วยเหลือสวัสดิการ	จำนวนเงิน(บาท) / คน				
	กลุ่มที่ ๑	กลุ่มที่ ๒	กลุ่มที่ ๓	กลุ่มที่ ๔	
	นักกีฬาทีมชาติ	นักกีฬาจังหวัด	บุคลากรกีฬา	อดีตนักกีฬา	อดีตบุคลากรกีฬา
๔. การช่วยเหลือกรณีเสียชีวิตแก่นักกีฬาและบุคลากรกีฬา					
๔.๑ เงินสวัสดิการช่วยเหลือนักกีฬาค้นครอบครัวกรณีเสียชีวิต					
๔.๑.๑ เนื่องจากการแข่งขัน (นักกีฬาเสียชีวิตระหว่างการแข่งขัน)	ไม่เกิน ๒๐๐,๐๐๐ บาท /คน	ไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท /คน	ไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท /คน	ไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท /คน	ไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท /คน
๔.๑.๒ เนื่องจากการฝึกซ้อม (นักกีฬาเสียชีวิตระหว่างการฝึกซ้อม)	ไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท /คน	ไม่เกิน ๕๐,๐๐๐ บาท /คน	ไม่เกิน ๕๐,๐๐๐ บาท /คน	ไม่เกิน ๕๐,๐๐๐ บาท /คน	ไม่เกิน ๕๐,๐๐๐ บาท /คน
๔.๑.๓ เนื่องจากการสาเหตุอื่น	ไม่เกิน ๓๐,๐๐๐ บาท/คน	ไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท /คน	ไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท /คน	ไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท /คน	ไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท /คน
๔.๑.๔ ค่าพวงหรีดเคารพศพ	ไม่เกิน ๒,๕๐๐ บาท	ไม่เกิน ๒,๕๐๐ บาท	ไม่เกิน ๒,๕๐๐ บาท	ไม่เกิน ๒,๕๐๐ บาท	ไม่เกิน ๒,๕๐๐ บาท
๔.๒ ช่วยเหลือทางการศึกษาแก่นักกีฬาที่เสียชีวิต	- ไม่เกินระดับปริญญาตรี		- ไม่เกินระดับปริญญาตรี	-	-
ผ่านบุตรที่ขอด้วยกฎหมาย และจะมีสิทธิรับ	- สนับสนุนค่าใช้จ่าย เช่น		- สนับสนุนค่าใช้จ่าย เช่น	-	-
การสงเคราะห์ได้คราวละไม่เกิน ๓ คน	เงินบำรุงการศึกษา และ		เงินบำรุงการศึกษา และ	-	-
๔.๒.๑ ระดับอนุบาลหรือเทียบเท่า	ค่าเล่าเรียน และอื่นๆ	-	ค่าเล่าเรียน และอื่นๆ	-	-
๔.๒.๒ ระดับประถมศึกษาหรือเทียบเท่า	ตามระเบียบ กฎ ข้อบังคับ	-	ตามระเบียบ กฎ ข้อบังคับ	-	-
๔.๒.๓ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	ที่เกี่ยวข้องกับการให้	-	ที่เกี่ยวข้องกับการให้	-	-
๔.๒.๔ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า	สวัสดิการการศึกษาของบุตร	-	สวัสดิการการศึกษาของ	-	-
และระดับอาชีวศึกษาหรือเทียบเท่า	ที่กระทรวงการคลัง	-	ที่กระทรวงการคลัง	-	-
๔.๒.๕ อนุปริญญา หรือปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	ถือโดย โยโย่ โยโย่ โยโย่	-	ถือโดย โยโย่ โยโย่ โยโย่	-	-
๕. การประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม	๕.๑ ระดับชาติ หมายถึง การประกันอุบัติเหตุกลุ่มให้แก่ นักกีฬาและบุคลากรกีฬาที่เก็บตัว			-	-
	ฝึกซ้อมเตรียมทีมเข้าร่วมการแข่งขันระดับมหกรรมกีฬานานาชาติ			-	-
	๕.๒ ระดับจังหวัด หมายถึง การประกันอุบัติเหตุกลุ่มให้แก่ นักกีฬาและบุคลากรกีฬา			-	-
	เข้าร่วมการแข่งขันกีฬาแห่งชาติ กีฬาเยาวชนแห่งชาติ หรือกีฬาคณะพิการแห่งชาติ			-	-
	๕.๓ อัตราค่าใช้จ่าย			-	-
	๕.๓.๑ บาดเจ็บจากอุบัติเหตุไม่เกิน ๓๐,๐๐๐ บาท/คน ต่อการรักษากายภาพ			-	-
	๕.๓.๒ เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ไม่เกิน ๓๐๐,๐๐๐ บาท/คน			-	-

Seyalick

บัญชีท้ายประกาศคณะกรรมการบริหารกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการช่วยเหลือด้านสวัสดิการแก่นักกีฬา บุคลากรกีฬา และผู้ซึ่งประสบอุบัติเหตุ
หรือได้รับความเสียหายหรืออันตรายจากการแข่งขันกีฬา และกรณีอื่นอันควรแก่การสงเคราะห์ พ.ศ. ๒๕๖๔

การให้ความช่วยเหลือสวัสดิการ	รายละเอียดการให้ความช่วยเหลือ
๑. กลุ่มผู้มีสิทธิขอรับความช่วยเหลือ	๑. นักกีฬาตัวแทนของจังหวัดที่เข้าร่วมการแข่งขันกีฬาวุฒิสภานานาชาติ ๒. บุคลากรกีฬาตัวแทนของจังหวัดที่เข้าร่วมการแข่งขันกีฬาวุฒิสภานานาชาติ
๒. ระยะเวลาการได้รับสิทธิและขอความช่วยเหลือ	จะได้รับสิทธิในหวังกเวลาท่อน ระหวังกแข่งชันและหลังแข่งชันรวม ไม่นเกิน ๓๐ วัน หรือ ๓๑ วัน หรือเป็นไปตามจำนวนวันที่สอดคล้องกับที่ กกท. ได้จัดทำประกันอุบัติเหตุ ให้กับผู้เข้าร่วมการแข่งขัน
๓. สวัสดิการที่จะได้รับความช่วยเหลือ	ข้อ ๑ กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย ข้อ ๑.๑ ค่ายรักษาพยาบาล ๑.๑.๑ เนื่องจากการแข่งขัน (๑) การรักษา ณ สถานพยาบาลของรัฐบาล ให้เบิกได้ตามจ่ายจริง ตามระเบียบกระทรวงการคลัง (๒) การรักษา ณ สถานพยาบาลของเอกชน ให้เบิกได้ตามจ่ายจริง แต่ไม่เกิน ๓๐,๐๐๐ บาท และต้องมีใบรับรองแพทย์ว่าผู้ป่วย จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยฉุกเฉินเร่งด่วนเป็นกรณีพิเศษ ๑.๑.๒ เนื่องจากการกรณีอื่นอันควรแก่การสงเคราะห์ อาทิ จากการฝึกซ้อมกีฬา (๑) การรักษา ณ สถานพยาบาลของรัฐบาล ให้เบิกได้ตามจ่ายจริง ตามระเบียบกระทรวงการคลัง (๒) การรักษา ณ สถานพยาบาลของเอกชน ให้เบิกได้ตามจ่ายจริง แต่ไม่เกิน ๓๐,๐๐๐ บาท และต้องมีใบรับรองแพทย์ว่าผู้ป่วย จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยฉุกเฉินเร่งด่วนเป็นกรณีพิเศษ
	ข้อ ๒ กรณีการเยี่ยมนักกีฬา ข้อ ๒.๑ การเยี่ยมกรณีบาดเจ็บ/เจ็บป่วย ๒.๑.๑ เงินบำรุงขวัญนักกีฬา/บุคลากรกีฬา จากการตรวจเยี่ยมผู้บาดเจ็บ/เจ็บป่วย ครั้งละไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท/คน ๒.๑.๒ ของเยี่ยมเมื่อเจ็บป่วย/บาดเจ็บ (กระเช้า หรือช่อดอกไม้ และอื่นๆ) ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท/คน
	ข้อ ๓ การช่วยเหลือกรณีเสียชีวิตแก่นักกีฬา และบุคลากรกีฬา ๓.๑.๑ เนื่องจากการแข่งขัน (นักกีฬาเสียชีวิตระหว่างการแข่งขัน) ไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท/คน ๓.๑.๒ เนื่องจากการฝึกซ้อม (นักกีฬาเสียชีวิตระหว่างการฝึกซ้อม) ไม่เกิน ๕๐,๐๐๐ บาท/คน ๓.๑.๓ เนื่องจากการสาเหตุอื่น ไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท/คน ๓.๑.๔ ค่าพวงหรีดศพ ไม่เกิน ๒,๕๐๐ บาท

หมายเหตุ หวังกระยะเวลาการกำหนดสิทธิให้ความช่วยเหลือ จะใช้หวังกระยะเวลาเดียวกับการจัดทำประกันอุบัติเหตุของ กกท. โดยนักกีฬาหรือ
บุคลากรกีฬา ที่บาดเจ็บ/เจ็บป่วย ให้ใช้สิทธิเบิกจ่ายจากบริษัทประกันอุบัติเหตุก่อนเป็นลำดับแรก ซึ่งหากยังไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายการรักษา
ขอให้ใช้สิทธิที่ตนพึงมี เช่น ประกันสังคม สิทธิเบิกค่ายรักษาพยาบาลของหน่วยงานที่ต้นสังกัด ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล เป็นต้น และหากยังไม่เพียงพอ
สามารถเบิกจ่ายจากกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ ตามหลักเกณฑ์และสิทธิการเบิกจ่ายที่กำหนด

Suyaruch

อัตราในการให้ความช่วยเหลือค่างีพรายเดือนกรณีทุพพลภาพ

Supant



บัญชีท้ายประกาศประกาศคณะกรรมการบริหารกองทุนพัฒนากีฬาแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการช่วยเหลือด้านสวัสดิการแก่นักกีฬา บุคลากรกีฬา
และผู้ซึ่งประสบอุบัติเหตุ หรือได้รับความเสียหายหรืออันตรายจากการแข่งขันกีฬา
และกรณีอื่นอันควรแก่การสงเคราะห์

พ.ศ. ๒๕๖๔

โรคแนบท้ายหลักเกณฑ์ประกอบการพิจารณาให้ความช่วยเหลือเงินสมทบค่ารักษาพยาบาล

๑. โรคมะเร็งระยะลุกลาม (Invasive Cancers)
๒. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือหัวใจวาย ครั้งแรก
(First Acute Myocardial Infarct/ First Heart Attack)
๓. การผ่าตัดต่อหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Surgery)
๔. การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (Heart Valve Replacement Surgery)
๕. โรคหลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตันแบบสมบูรณ์ (Major Complete Stroke)
๖. โรคเนื้องอกสมองที่ต้องได้รับการผ่าตัดสมอง (Brain Tumor Requiring Brain Surgery)
๗. การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะสำคัญ (Major Organ Transplantation)
๘. โรคโลหิตจางจากไขกระดูกไม่สร้างเม็ดโลหิต (Aplastic Anemia)
๙. โรคหลอดเลือดสมองที่ต้องได้รับการผ่าตัดดลอกหลอดเลือดแดงคาโรติด
(Stroke Requiring Carotid Endarterectomy Surgery)
๑๐. โรคไตวายเรื้อรังที่ต้องได้รับการล้างไตอย่างสม่ำเสมอ
(Chronic Renal Failure Requiring Regular Renal Dialysis)
๑๑. โรคหลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)
๑๒. แผลไฟไหม้น้ำร้อนลวกเป็นบริเวณกว้าง (Major Burns)
๑๓. การฉีกขาดของรากประสาทต้นแขน
(Brachial Plexus) (Multiple Root Avulsions of Brachial Plexus)
๑๔. โรคเซลล์ประสาทการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Motor Neuron Disease)
๑๕. ภาวะอะแพลลิก (Apallic Syndrome หรือ Vegetative State)
๑๖. การสูญเสียการได้ยินอย่างสมบูรณ์ (Total Deafness)
๑๗. การสูญเสียความสามารถในการพูดอย่างสมบูรณ์ (Loss of Speech)
๑๘. โรคกล้ามเนื้อเสื่อม (Muscular Dystrophy)
๑๙. โรคผนังหลอดเลือดแดงใหญ่ (Aortic Dissection)
๒๐. โรคตับแข็ง (Liver Cirrhosis)
๒๑. โรคหลอดเลือดโป่งพองในสมองที่ต้องรักษาโดยการผ่าตัด
(Cerebral Aneurysm Requiring Brain Surgery)
๒๒. โรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบเฉียบพลันจากเชื้อแบคทีเรีย (Acute Bacterial Meningitis)

Supavee

๒๓. โรคระบบประสาทพาร์กินสัน (Parkinson's Disease)
๒๔. โรคโปลิโอ (Poliomyelitis)
๒๕. โรคซิสเต็มมิก ลูปัส อิริธมาโตซุส (Systemic Lupus Erythematosus หรือ S.L.E)
๒๖. การผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ (Surgery to the Aorta)
๒๗. โรคไขสมองอักเสบ (Encephalitis)
๒๘. โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease)
๒๙. โรคไวรัสตับอักเสบขั้นรุนแรง (Fulminant Viral Hepatitis)
๓๐. การเจ็บป่วยระยะสุดท้าย (Terminal Illness)
๓๑. ภาวะหมดสติ (Coma)
๓๒. การบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง (Major Head Trauma)
๓๓. โรคมัลติเปิล สเคลอโรซิส (Multiple Sclerosis)
๓๔. อัมพาตของกล้ามเนื้อแขนหรือขา (Paralysis)
๓๕. การผ่าตัดกระดูกสันหลังที่เกิดสภาพโค้งงอโดยไม่ทราบสาเหตุ
(Surgery for Idiopathic Scoliosis)
๓๖. โรคปอดระยะสุดท้าย (End Stage Lung Disease)
๓๗. โรคกล้ามเนื้อหัวใจ (Cardiomyopathy)
๓๘. ภาวะตับอ่อนอักเสบที่กลับเป็นซ้ำและเรื้อรัง (Chronic Relapsing Pancreatitis)
๓๙. โรคเท้าช้าง (Elephantiasis)
๔๐. การสูญเสียการดำรงชีพอิสระ (Loss of independent Living)
๔๑. โรคถุงน้ำในไต (Medullary Cystic Disease)
๔๒. โรคเนื้อเยื่อพังผืดอักเสบติดเชื้อและเป็นเนื้อตาย (Necrotising Fasciitis or Gangrene)
๔๓. โรคแรงดันในหลอดเลือดปอดสูงโดยหาสาเหตุไม่ได้
(Primary Pulmonary Arterial Hypertension)
๔๔. โรคหนังแข็งชนิดลุกลาม (Progressive Scleroderma)
๔๕. ภาวะข้ออักเสบรูมาตอยด์ชนิดรุนแรง (Severe Rheumatoid Arthritis)
๔๖. โรคลำไส้อักเสบที่เป็นแผล (Severe Ulcerative Colitis or Crohn's Disease)
๔๗. ตาบอด (Total Blindness)
๔๘. การขยายหลอดเลือดหัวใจ หรือการใช้สายสวนอื่น เพื่อการรักษาหลอดเลือดหัวใจ
(Angioplasty & Other Invasive Treatment For Coronary Artery)
๔๙. โรคอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการบริหารกองทุนเห็นสมควร

Seyoum K



แบบขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการกีฬา คารั้กีฬาพยาบาล



เรียน ผู้จัดการกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ

วันที่

ข้าพเจ้า เกิดวันที่ อายุ ปี

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ โทรศัพท์

ขอยื่นขอรับสวัสดิการในเกณฑ์ตนเองในฐานะ

☒ นักกีฬา ชนิดกีฬาฟุตบอล..... ☒ ขอสวัสดิการเรื่องครั้งแรก ☐ ขอสวัสดิการเรื่องนี้มากกว่า 1 ครั้ง

☐ บุคลากรกีฬา ชนิดกีฬา ☐ ขอสวัสดิการเรื่องครั้งแรก ☐ ขอสวัสดิการเรื่องนี้มากกว่า 1 ครั้ง

กรณียื่นแทนในฐานะเป็น (บิดา มารดา บุตร สามีหรือภรรยาตามกฎหมายของนักกีฬา/บุคลากรกีฬา)

(ชื่อ-สกุล)

มีความจำเป็นต้องขอรับสวัสดิการเนื่องจาก

พร้อมกันนี้ได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

๑. ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
๒. ☐ ต้นฉบับใบเสร็จรับเงิน
๓. ☐ ต้นฉบับใบรับรองแพทย์
๔. ☒ ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของ กกท. (แบบ ๗๑๐๕)
๕. ☐ หนังสือรับรองเป็นนักกีฬาทีมชาติจากสมาคมกีฬาแห่งประเทศไทยเท่านั้น
๖. ☐ หนังสือรับรองสถานะเป็นนักกีฬาสังกัดสมาคมกีฬาแห่งจังหวัดเท่านั้น (กรณีมีใช้นักกีฬาทีมชาติ)
๗. ☐ หนังสือนำเสนอขอรับความช่วยเหลือจากสมาคมกีฬาแห่งประเทศไทย หรือสมาคมกีฬาแห่งจังหวัด
๘. ☐ อื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริงและยินดีปฏิบัติตามเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดทุกประการ

ลงชื่อ

(.....)

ความเห็นของสมาคมกีฬา หรือ กกท.จังหวัด (ถ้ามี)

เห็นสมควรได้รับความช่วยเหลือสวัสดิการแก่นักกีฬาจากกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

หมายเหตุ :

๑. การขอรับสวัสดิการรักษายาบาลในครั้งแรก จะต้องให้สมาคมกีฬา เป็นผู้เสนอขอต่อกองทุนฯ

๒. การขอรับสวัสดิการรักษายาบาล ในครั้งต่อไป ผู้ขอสามารถยื่นความประสงค์ต่อกองทุนฯ ได้โดยตรง โดยสามารถนำใบเสนอขอที่สมาคมกีฬารับรองสถานะดังกล่าวได้ โดยไม่ต้องมีหนังสือนำเสนอจากสมาคมกีฬา

๓. อติชนักกีฬาทีมชาติทุพพลภาพที่อยู่ในความดูแลของกองทุนฯ แล้ว สามารถขอรับความช่วยเหลือได้โดยตรง

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

๑. ข้าพเจ้า นักกีฬา สังกัด	
๒. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ ☒ ข้าพเจ้า ☒ นักกีฬา ☐ บุคลากรกีฬา	
บ่วยเป็นโรค..... และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)..... ซึ่งเป็นสถานพยาบาล ☒ ทางราชการ ☐ เอกชน ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่..... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น..... บาท (.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ	
๓. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ☒ ตามสิทธิ ☐ เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ เป็นเงิน.....บาท (.....แปดหมื่นสองพันแปดร้อยยี่สิบสองบาทถ้วน) และ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ (ลงชื่อ) ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ วันที่	
๔. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา เสนอ ผู้จัดการกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ ข้าพเจ้า ตำแหน่ง ได้ตรวจใบเงินเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบ ตามจำนวนที่ขอเบิก (ลงชื่อ) (.....)	๕. คำอนุมัติ อนุมัติให้เบิกได้ (ลงชื่อ) (.....) ตำแหน่ง ผู้จัดการกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ
๖. ใบรับเงิน ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน บาท (.....แปดหมื่นสองพันแปดร้อยยี่สิบสองบาทถ้วน) ไปถูกต้องแล้ว (ลงชื่อ) ผู้รับเงิน (.....) (ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน (.....) วันที่ (ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)	



แบบขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการกีฬา สมทบการรักษาพยาบาล



เรียน ผู้จัดการกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ

วันที่

ข้าพเจ้า เกิดวันที่ อายุ ปี

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อดี

บุคคลที่สามารถติดต่อได้

ขอยื่นขอรับสวัสดิการในแก่ตนเองในฐานะ

[X] นักกีฬา ชนิดกีฬา [X] ขอสวัสดิการเรื่องนี้ครั้งแรก [] ขอสวัสดิการเรื่องนี้มากกว่า 1 ครั้ง

[] บุคลากรกีฬา ชนิดกีฬา [] ขอสวัสดิการเรื่องนี้ครั้งแรก [] ขอสวัสดิการเรื่องนี้มากกว่า 1 ครั้ง

พร้อมกันนี้ได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

๑. [X] สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ๒. [] สำเนาทะเบียนบ้าน
๓. [X] หนังสือรับรองเป็นนักกีฬาทีมชาติจากสมาคมกีฬาแห่งประเทศไทยเท่านั้น
๔. [] หนังสือรับรองสถานะเป็นนักกีฬาสังกัดสมาคมกีฬาแห่งประเทศไทยเท่านั้น (กรณีมิใช่ทีมชาติ)
๕. [] หนังสือนำเสนอขอรับความช่วยเหลือจากสมาคมกีฬาแห่งประเทศไทย หรือสมาคมกีฬาแห่งประเทศไทย
๖. [X] แบบกรอกประวัตินักกีฬา/ บุคลากรกีฬา (แบบ สก.๓)
๗. [X] เอกสารทางการแพทย์กรณีมีปัญหาด้านสุขภาพ (เช่น ใบรับรองแพทย์ เป็นต้น)
๘. [X] อื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริงและยินดีปฏิบัติตามเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดทุกประการ

ลงชื่อ

(.....)

ความเห็นของสมาคมกีฬา หรือ กกท.จังหวัด (ถ้ามี)

.....

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง



แบบกรอกประวัตินักกีฬา/บุคลากรกีฬา ขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการ

ชื่อ

๑. ชื่อ

เป็นนักกีฬา (ชนิดกีฬา) ตั้งแต่ พ.ศ. ถึง พ.ศ.

เป็นบุคลากรกีฬา (ชนิดกีฬา) ตั้งแต่ พ.ศ. ถึง พ.ศ.

๒. ผลงานการแข่งขันที่ผ่านมา

๒.๑ มหกรรมกีฬาได้แก่

.....

.....

.....

.....

๒.๒ รายการระดับนานาชาติ (ชิงชนะเลิศแห่งเอเชีย - โลก) หรือกรณีเป็นนักกีฬาสังกัดจังหวัด

(รายการระดับชาติ อาทิ กีฬาแห่งชาติ กีฬาเยาวชนแห่งชาติ หรือกีฬาคณพิภพแห่งชาติ)

.....

.....

.....

๓. ปัญหาความเดือดร้อนในปัจจุบัน

.....

.....

.....

๔. สภาพความเป็นอยู่ปัจจุบัน

อาศัยอยู่กับ

มีบุตรกี่คน (ถ้ามี)

๕. รายได้ของครอบครัว

รายได้

อาชีพในปัจจุบัน

- ๒ -

๖. รายจ่ายของครอบครัว

.....
.....

๗. สภาพร่างกาย หรือโรคประจำตัวในปัจจุบัน

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

๘. การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย เบิกจาก

.....



แบบกรอกประวัตินักกีฬา/บุคลากรกีฬา ขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการ

ชื่อ

๑. ชื่อ

เป็นนักกีฬา (ชนิดกีฬา) ตั้งแต่ พ.ศ. ถึง พ.ศ.

เป็นบุคลากรกีฬา (ชนิดกีฬา) ตั้งแต่ พ.ศ. ถึง พ.ศ.

๒. ผลงานการแข่งขันที่ผ่านมา

๒.๑ มหกรรมกีฬาได้แก่

.....

.....

.....

.....

๒.๒ รายการระดับนานาชาติ (ชิงชนะเลิศแห่งเอเชีย - โลก) หรือกรณีเป็นนักกีฬาสังกัดจังหวัด

(รายการระดับชาติ อาทิ กีฬาแห่งชาติ กีฬายาวชนแห่งชาติ หรือกีฬาคนพิการแห่งชาติ)

.....

.....

.....

๓. ปัญหาความเดือดร้อนในปัจจุบัน

.....

.....

.....

๔. สภาพความเป็นอยู่ปัจจุบัน

อาศัยอยู่กับ

มีบุตรกี่คน (ถ้ามี)

๕. รายได้ของครอบครัว

รายได้

อาชีพในปัจจุบัน

๖. รายจ่ายของครอบครัว

.....
.....

๗. สภาพร่างกาย หรือโรคประจำตัวในปัจจุบัน

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

๘. การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย เบิกจาก

.....



แบบขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการแก่นักกีฬา ผ่านครอบครัวกรณีการเสียชีวิต

แบบ สก. ๔ เลขที่เอกสาร



เรียน ผู้จัดการกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ

วันที่

ข้าพเจ้า เกิดวันที่ อายุ ปี

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อดี

บุคคลที่สามารถติดต่อได้

ขอยื่นขอรับสวัสดิการในแก่ครอบครัวของนักกีฬาหรือบุคลากรกีฬาที่เสียชีวิต

☒ [X] นักกีฬา ชนิดกีฬา☐ [] บุคลากรกีฬา ชนิดกีฬา

ผู้ยื่นอยู่ในฐานะเป็น (บิดา มารดา บุตร สามีหรือภรรยาตามกฎหมายของนักกีฬา/บุคลากรกีฬา)

(ชื่อ-สกุล)

มีความจำเป็นต้องขอรับสวัสดิการจากการเสียชีวิตของนักกีฬา/บุคลากรกีฬา เนื่องจาก
สาเหตุการตาย เลือดออกที่ก้นสมอง

พร้อมกันนี้ได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

๑. [X] สำเนาใบมรณะบัตร ๒. [X] สำเนาทะเบียนบ้านบ้านผู้เสียชีวิต (กรณีอยู่คนละบ้านกับผู้ขอรับสวัสดิการ)

๓. [X] สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของทายาทผู้รับสวัสดิการ

๔. [] สำเนาทะเบียนสมรส กรณีผู้รับสวัสดิการเป็นสามีหรือภรรยาผู้เสียชีวิต

๕. [X] สำเนาบัตรประชาชนผู้เสียชีวิต (ให้ผู้รับสวัสดิการแทน รับรองสำเนา)

๖. [X] หนังสือรับรองเป็นนักกีฬาทีมชาติจากสมาคมกีฬาแห่งประเทศไทยเท่านั้น

๗. [] หนังสือรับรองสถานะเป็นนักกีฬาสังกัดสมาคมกีฬาแห่งจังหวัดเท่านั้น (กรณีมีไข่นักกีฬาทีมชาติ)

๘. [] หนังสือนำเสนอขอรับความช่วยเหลือจากสมาคมกีฬาแห่งประเทศไทย หรือสมาคมกีฬาแห่งจังหวัด

๙. [X] อื่นๆ...สำเนาบัตร AD CARD ใบรับรองแพทย์, สำเนาทะเบียนภาษีประจำปี (ถ้ามี) และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริงและยินดีปฏิบัติตามเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดทุกประการ

ลงชื่อ

(.....)

ความเห็นของสมาคมกีฬา หรือ กกท. จังหวัด (ถ้ามี)

เห็นควรให้สนับสนุน

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง



แบบขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการกีฬา
ด้านอุปกรณ์อำนวยความสะดวกและบรรเทาอาการเจ็บป่วย
ทางร่างกายสำหรับนักกีฬาทุพพลภาพ

แบบ สป. ๕ เลขที่เอกสาร



เรียน ผู้จัดการกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ

ข้าพเจ้า วันที่
..... เกิดวันที่ อายุ ปี

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่
.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้
.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้
.....

ขอยื่นขอรับสวัสดิการในแก่ตนเองในฐานะ

- [] นักกีฬา ชนิดกีฬา [] ขอสวัสดิการเรื่องนี้ครั้งแรก [] ท่านเคยขอสวัสดิการเรื่องนี้.....ครั้ง
[] บุคลากรกีฬา ชนิดกีฬา [] ขอสวัสดิการเรื่องนี้ครั้งแรก [] ท่านเคยขอสวัสดิการเรื่องนี้.....ครั้ง

กรณียื่นแทนในฐานะเป็น (บิดา มารดา บุตร สามีหรือภรรยาตามกฎหมายของนักกีฬา/บุคลากรกีฬา)

(ชื่อ-สกุล)
.....

มีความจำเป็นต้องขอรับสวัสดิการเนื่องจาก
.....

พร้อมกันนี้ได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

๑. [X] สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขอรับสวัสดิการ ๒. [X] สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยื่นแทน
๓. [X] สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยื่นแทนของผู้ขอรับสวัสดิการ (กรณีมีผู้มายื่นแทน) ๔. [X] เอกสารอุปกรณ์ที่ต้องการ
๕. [X] หนังสือรับรองเป็นนักกีฬาทีมชาติจากสมาคมกีฬาแห่งประเทศไทยเท่านั้น
๖. [] หนังสือรับรองสถานะเป็นนักกีฬาสังกัดสมาคมกีฬาแห่งจังหวัดเท่านั้น (กรณีมีใช้นักกีฬาทีมชาติ)
๗. [X] หนังสือนำเสนอขอรับความช่วยเหลือจากสมาคมกีฬาแห่งประเทศไทย หรือสมาคมกีฬาแห่งจังหวัด
๘. [X] อื่นๆ.....
.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริงและยินดีปฏิบัติตามเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดทุกประการ

ลงชื่อ
.....

(.....)

ความเห็นของสมาคมกีฬา หรือ กกท.จังหวัด (ถ้ามี)

.....
.....

ลงชื่อ
.....

(.....)

ตำแหน่ง
.....



แบบขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการกีฬา
ช่วยเหลือทางการศึกษาแก่นักกีฬาที่เสียชีวิต
ผ่านทายาทโดยชอบธรรมตามกฎหมาย



เรียน ผู้จัดการกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ

วันที่

ข้าพเจ้า เกิดวันที่ อายุ ปี

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

บุคคลที่สามารถติดต่อได้

กรณียื่นแทน ขอรับสวัสดิการทุนการศึกษาให้แก่

มีความเกี่ยวข้องเป็น ของผู้เสียชีวิต ชื่อ

ขอยื่นขอสวัสดิการทุนการศึกษาให้แก่ตนเอง หรือ เป็นผู้ยื่นแทนผู้รับทุน

[X] นักกีฬา ชนิดกีฬา [X] ขอสวัสดิการเรื่องนี้ครั้งแรก [] ขอสวัสดิการเรื่องนี้มากกว่า 1 ครั้ง

[] บุคลากรกีฬา ชนิดกีฬา [] ขอสวัสดิการเรื่องนี้ครั้งแรก [] ขอสวัสดิการเรื่องนี้มากกว่า 1 ครั้ง

เสียชีวิตเนื่องจาก

มีความจำเป็นต้องขอรับสวัสดิการเนื่องจาก

พร้อมกันนี้ได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

๑. [] สำเนาทะเบียนบ้าน
๒. [] สำเนาบัตรประจำตัว นักเรียน/ นักศึกษา
๓. [] ต้นฉบับใบเสร็จรับเงินจากสถาบันการศึกษา
๔. [] หนังสือรับรองการศึกษาจากสถานศึกษา
๕. [] สำเนาหนังสืออนุญาตให้ประกอบการเปิดสถานศึกษา (กรณีศึกษาอยู่ในสถานศึกษาเอกชน)
๖. [] หนังสือรับรองสถานะเป็นนักกีฬาสังกัดสมาคมกีฬาแห่งจังหวัดเท่านั้น (กรณีมีใช้นักกีฬาทีมชาติ)
๗. [] หนังสือนำเสนอขอรับความช่วยเหลือจากสมาคมกีฬาแห่งประเทศไทย หรือสมาคมกีฬาแห่งจังหวัด
๘. [] อื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริงและยินดีปฏิบัติตามเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดทุกประการ

ลงชื่อ

(.....)

ความเห็นของสมาคมกีฬา หรือ กกท. จังหวัด (ถ้ามี)

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

หมายเหตุ :

๑. การขอรับสวัสดิการรักษายาบาลในครั้งแรก จะต้องให้สมาคมกีฬา เป็นผู้เสนอขอต่อกองทุนฯ
๒. การขอรับสวัสดิการรักษายาบาล ในครั้งต่อไป ผู้ขอสามารถยื่นความประสงค์ต่อกองทุนฯ ได้โดยตรง โดยสามารถใช้สำเนาหนังสือที่สมาคมกีฬารับรองความเป็นทีมชาติ หรือรับรองสถานะความเป็นนักกีฬาสังกัดจังหวัดได้ โดยไม่ต้องมีหนังสือนำเสนอจากสมาคมกีฬา



แบบขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการกีฬา ค่ายังชีพรายเดือนสำหรับนักกีฬาทุพพลภาพ



เรียน ผู้จัดการกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ

วันที่

ข้าพเจ้า เกิดวันที่ อายุ ปี

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

บุคคลที่สามารถติดต่อได้

ขอยื่นขอรับสวัสดิการในเกณฑ์ตนเองในฐานะ

☒ นักกีฬา ชนิดกีฬา

☐ บุคลากรกีฬา ชนิดกีฬา

กรณียื่นแทนในฐานะเป็น (บิดา มารดา บุตร สามเษหรือภรรยาตามกฎหมายของนักกีฬา/บุคลากรกีฬา)

(ชื่อ-สกุล)

มีความจำเป็นต้องขอรับสวัสดิการเนื่องจาก

พร้อมกันนี้ได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ ลื่อนไหวร่างกายได้

๑. ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน ๒. ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
๓. ☐ ต้นฉบับใบรับรองแพทย์ ๔. ☒ แบบ สก. ๘ กรอกรประวัตินักกีฬาทุพพลภาพ

๕. ☐ หนังสือรับรองเป็นนักกีฬาทีมชาติจากสมาคมกีฬาแห่งประเทศไทยเท่านั้น

๖. ☐ หนังสือรับรองสถานะเป็นนักกีฬาสังกัดสมาคมกีฬาแห่งจังหวัดเท่านั้น (กรณีมีใช้นักกีฬาทีมชาติ)

๗. ☐ หนังสือนำเสนอขอรับความช่วยเหลือจากสมาคมกีฬาแห่งประเทศไทย หรือสมาคมกีฬาแห่งจังหวัด

๘. ☐ อื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริงและยินดีปฏิบัติตามเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดทุกประการ

ลงชื่อ

(.....)

ความเห็นของสมาคมกีฬา หรือ กกท.จังหวัด (ถ้ามี)

ขอรับรองว่านางสาวณัฏฐธิดา สุชาติพงศ์ นักกีฬายกน้ำหนัก ได้พิการท่อนล่างตั้งแต่ได้สะดือลงมาไม่มีความรู้สึก

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง



แบบกรอกประวัตินักกีฬาทุพพลภาพ

ชื่อ

๑. ชื่อ

วัน/ เดือน/ ปีเกิด

เป็นอดีตนักกีฬา (ชนิดกีฬา)

ตั้งแต่พ.ศ.

ถึง พ.ศ.

เป็นอดีตบุคลากรกีฬา (ชนิดกีฬา)

ตั้งแต่พ.ศ.

ถึง พ.ศ.

๒. ผลงานการแข่งขันที่ผ่านมา

๒.๑ มหกรรมกีฬาได้แก่

.....

.....

.....

.....

๒.๒ รายการระดับนานาชาติ (ชิงชนะเลิศแห่งเอเชีย - โลก) หรือกรณีเป็นนักกีฬาสังกัดจังหวัด

(รายการระดับชาติ อาทิ กีฬาแห่งชาติ กีฬายาวชนแห่งชาติ หรือกีฬาคบพิภพแห่งชาติ)

.....

.....

.....

๓. ทุพพลภาพ

๓.๑ ทุพพลภาพ เนื่องจากสาเหตุ สูญเสียสมรรถภาพทางร่างกาย เป็นอัมพาตทั้งแขน ขา ร่างกาย

๓.๒ ทุพพลภาพส่วนใด (เช่น แขนขา ลำตัว หรือทุพพลภาพโดยสิ้นเชิงไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ หรือทุพพลภาพบางส่วน)

.....

๔. สภาพความเป็นอยู่ปัจจุบัน

อาศัยอยู่กับ

มีบุตรกี่คน (ถ้ามี)

๕. รายได้ของครอบครัว

รายได้

อาชีพในปัจจุบัน

๖. สภาพร่างกาย หรือโรคประจำตัวในปัจจุบัน

.....

.....

.....

๗. การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย เบิกจาก หรือใช้สิทธิใด (เช่น ประกันอุบัติเหตุ บัตรสุขภาพ หรืออื่นๆ)

.....