

การจ่ายเงินช่วยเหลือในกรณี
ผู้เคยเป็นสมาชิกวุฒิสภาทุพพลภาพ*

๑. ให้ผู้เคยเป็นสมาชิกวุฒิสภาที่ป่วยเจ็บทุพพลภาพ ซึ่งแพทย์ที่ทางราชการรับรองได้ตรวจและแสดงความเห็นว่าทุพพลภาพจนไม่สามารถทำงานต่อไปได้มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือในกรณีทุพพลภาพ

๒. ให้ผู้มีสิทธิ ที่มีความประสงค์จะขอรับการช่วยเหลือกรณีทุพพลภาพ ยื่นคำขอต่อสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎรตามแบบที่เลขาธิการสภาผู้แทนราษฎรกำหนด (ปรากฏอยู่หน้า ๑๔๐)

๓. ในกรณีที่ผู้เคยเป็นสมาชิกวุฒิสภาที่ทุพพลภาพไม่สามารถมายื่นคำขอต่อสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎรได้ ให้บุคคลตามลำดับต่อไปนี้เป็นผู้มีสิทธิยื่นคำขอรับเงินช่วยเหลือต่อสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎรตามแบบที่เลขาธิการสภาผู้แทนราษฎรกำหนด ดังนี้

๑) บุคคลที่ผู้เคยเป็นสมาชิกวุฒิสภาได้มอบอำนาจเป็นหนังสือ ให้เป็นผู้มีสิทธิยื่นคำขอรับเงินช่วยเหลือ

๒) คู่สมรส

๓) บุตร

๔) บิดามารดา

* ที่มา : ระเบียบคณะกรรมการกองทุนเพื่อผู้เคยเป็นสมาชิกวุฒิสภาว่าด้วยการบริหาร ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน การรับเงิน การเก็บรักษาเงิน การอนุมัติการเบิกจ่ายเงิน การจ่ายเงิน การจัดหาผลประโยชน์และการจ่ายเงินช่วยเหลือกองทุนเพื่อผู้เคยเป็นสมาชิกวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๕๖

การยื่นคำขอต้องแสดงหลักฐาน ดังต่อไปนี้

- ๑) สำเนาทะเบียนบ้าน
- ๒) ทะเบียนสมรส (กรณีเป็นคู่สมรส)
- ๓) บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอรับเงินช่วยเหลือ
- ๔) บัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิ
- ๕) ใบรับรองของแพทย์ที่ระบุเหตุทุพพลภาพ

๔. การจ่ายเงินช่วยเหลือกรณีทุพพลภาพให้แก่ผู้มีสิทธิให้พิจารณาอนุมัติจ่ายเงินรายละ ๕,๐๐๐ บาทต่อเดือน

๕. ผู้มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือจะต้องแสดงรายงานผลการตรวจสุขภาพประจำปีต่อคณะกรรมการปีละครั้ง

๖. ในกรณีที่แพทย์วินิจฉัยว่าการทุพพลภาพของผู้เคยเป็นสมาชิกวุฒิสภาได้รับการฟื้นฟูจนมีสภาพดีขึ้น คณะกรรมการอาจพิจารณาสั่งลดจำนวนเงินช่วยเหลือลงได้ ตามที่คณะกรรมการเห็นสมควร

๗. สิทธิได้รับเงินช่วยเหลือกรณีทุพพลภาพตามระเบียบนี้เป็นอันระงับในงวดถัดไปเพราะเหตุที่ผู้เคยเป็นสมาชิกวุฒิสภานั้นถึงแก่กรรม

สิทธิประโยชน์ของสมาชิกวุฒิสภาและกรรมาธิการ

คำขอรับเงินช่วยเหลือในกรณีทุพพลภาพ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอรับเงินช่วยเหลือในกรณีทุพพลภาพ

เรียน ประธานกรรมการกองทุนเพื่อผู้เคยเป็นสมาชิกวุฒิสภา

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....

ผู้เคยเป็นสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร/สมาชิกวุฒิสภา จังหวัด.....

ดำรงสมาชิกภาพระหว่าง พ.ศ. ถึง พ.ศ.

ทุพพลภาพด้วยเหตุ.....

ขอรับเงินช่วยเหลือในกรณีทุพพลภาพ จำนวน ๕,๐๐๐ บาท ต่อเดือน

โดยขอรับตั้งแต่วันที่ เดือน.....พ.ศ. เป็นต้นไป

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

- | | | |
|--|-------------|------|
| () สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน | ฉบับ |
| () ทะเบียนสมรส (กรณีเป็นคู่สมรส) | จำนวน | ฉบับ |
| () สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ | จำนวน | ฉบับ |
| () ใบรับรองของแพทย์ที่ระบุเหตุทุพพลภาพ | จำนวน | ฉบับ |
| () อื่นๆ (โปรดระบุ)..... | จำนวน | ฉบับ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

สิทธิประโยชน์ของสมาชิกวุฒิสภาและกรรมาธิการ

แบบรายงานผลการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้เคยเป็นสมาชิกวุฒิสภาที่ทุพพลภาพ

สถานที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรื่อง รายงานผลการตรวจสุขภาพประจำปี

เรียน ประธานกรรมการกองทุนเพื่อผู้เคยเป็นสมาชิกวุฒิสภา

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่..... สังกัด.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย / ประเมิน นาย / นาง / นางสาว.....

มีอาการ.....

ปรากฏว่า ทุพพลภาพ ในกรณีใดกรณีหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- มือทั้งสองข้างขาด
- แขนทั้งสองข้างขาด
- มือข้างหนึ่งกับแขนข้างหนึ่งขาด
- มือข้างหนึ่งกับขาข้างหนึ่งขาด
- แขนข้างหนึ่งกับเท้าข้างหนึ่งขาด
- แขนข้างหนึ่งกับขาข้างหนึ่งขาด
- สูญเสียลูกตาทั้งสองข้างหรือสูญเสียตาข้างหนึ่งกับสูญเสียสมรรถภาพใน

การมองเห็นร้อยละเก้าสิบขึ้นไป หรือเสียความสามารถในการมองเห็นตั้งแต่ ๓/๖๐ หรือมากกว่าของตาอีกข้างหนึ่ง หรือสูญเสียสมรรถภาพในการมองเห็นร้อยละเก้าสิบขึ้นไป หรือสูญเสียความสามารถในการมองเห็น ตั้งแต่ ๓/๖๐ หรือมากกว่าของตาทั้งสองข้าง

โรคหรือการบาดเจ็บของไขสันหลัง เป็นเหตุให้มือหรือแขนทั้งสองข้าง มือข้างหนึ่งกับแขนข้างหนึ่ง มือข้างหนึ่งกับขาอีกข้างหนึ่ง หรือแขนข้างหนึ่งกับขาหรือเท้าอีกข้างหนึ่ง หรือขาทั้งสองข้างกับการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ สูญเสียสมรรถภาพโดยสิ้นเชิง

โรคหรือการบาดเจ็บของสมอง เป็นเหตุให้สูญเสียความสามารถของ

อวัยวะของร่างกาย

ไม่ทุพพลภาพ เนื่องจาก.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจ