



ประกาศคณะกรรมการบริหารกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ  
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการช่วยเหลือด้านสวัสดิการแก่นักกีฬา บุคลากรกีฬา  
และผู้ซึ่งประสบอุบัติเหตุ หรือได้รับความเสียหายหรืออันตรายจากการแข่งขันกีฬา  
และกรณีอื่นอันควรแก่การสงเคราะห์  
พ.ศ. ๒๕๕๙

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการนำเงินกองทุนไปใช้จ่าย เพื่อช่วยเหลือด้านสวัสดิการแก่นักกีฬา บุคลากรกีฬา และผู้ซึ่งประสบอุบัติเหตุ หรือได้รับความเสียหายหรืออันตรายจากการแข่งขันกีฬา และกรณีอื่นอันควรแก่การสงเคราะห์

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔๒ (๖) และมาตรา ๔๖ (๕) แห่งพระราชบัญญัติ การกีฬาแห่งประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๘ และข้อ ๓๘ แห่งระเบียบคณะกรรมการการกีฬาแห่งประเทศไทย ว่าด้วยการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน การบริหารกองทุน และการจัดหาผลประโยชน์ของกองทุน พัฒนาการกีฬาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙ คณะกรรมการบริหารกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ ในการประชุม ครั้งที่ ๔/๒๕๕๙ เมื่อวันที่ ๒๓ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการบริหารกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการช่วยเหลือด้านสวัสดิการแก่นักกีฬา บุคลากรกีฬาและผู้ซึ่งประสบอุบัติเหตุ หรือได้รับความเสียหายหรืออันตรายจากการแข่งขันกีฬา และกรณีอื่นอันควรแก่การสงเคราะห์ พ.ศ. ๒๕๕๙”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“กองทุน” หมายความว่า กองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ

“คณะกรรมการบริหารกองทุน” หมายความว่า คณะกรรมการบริหารกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการการกีฬาแห่งประเทศไทย

“ผู้จัดการกองทุน” หมายความว่า ผู้จัดการกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ



“สมาคมกีฬา” หมายความว่า สมาคมกีฬาที่ใช้คำว่า “แห่งประเทศไทย” หรือสมาคมกีฬาแห่งจังหวัด แล้วแต่กรณี

“สวัสดิการ” หมายความว่า สวัสดิการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ที่กองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ ให้ความช่วยเหลือแก่นักกีฬาและบุคลากรกีฬาตามประกาศนี้

ข้อ ๔ ให้ประธานกรรมการบริหารกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติเป็นผู้รักษาการตามประกาศนี้ และมีอำนาจวินิจฉัยปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามประกาศนี้

ข้อ ๕ กลุ่มผู้มีสิทธิขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการตามประกาศนี้ แบ่งเป็นสามกลุ่ม คือ

๕.๑ กลุ่มที่ ๑ นักกีฬาทีมชาติ (สมัครเล่น) ดังต่อไปนี้

- รุ่นทั่วไป หมายถึง เป็นหรือเคยเป็นตัวแทนนักกีฬาทีมชาติ (สมัครเล่น) รุ่นทั่วไปทั้งคนปกติและคนพิการ ที่เคยเข้าร่วมการแข่งขันมหกรรมกีฬาหรือรายการแข่งขันนานาชาติที่สหพันธ์กีฬานานาชาติให้การรับรอง ซึ่งส่งแข่งขันโดยสมาคมกีฬา คณะกรรมการโอลิมปิกแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ หรือคณะกรรมการพาราลิมปิกแห่งประเทศไทย

- แบ่งรุ่นอายุ หมายถึง เป็นหรือเคยเป็นนักกีฬาทีมชาติรุ่นเยาวชน/ยุวชนตัวแทนนักกีฬาทีมชาติ (สมัครเล่น) ทั้งคนปกติและคนพิการ ที่เคยเข้าร่วมการแข่งขันมหกรรมกีฬาหรือรายการแข่งขันนานาชาติที่สหพันธ์กีฬานานาชาติให้การรับรอง ซึ่งส่งแข่งขันโดยสมาคมกีฬา คณะกรรมการโอลิมปิกแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ หรือคณะกรรมการพาราลิมปิกแห่งประเทศไทย และนักกีฬาทีมชาติรุ่นสูงอายุ เป็นหรือเคยเป็นนักกีฬาทีมชาติรุ่นสูงอายุ (สมัครเล่น) ที่เคยเข้าร่วมการแข่งขันรายการแข่งขันชิงชนะเลิศแห่งโลกที่สหพันธ์กีฬานานาชาติให้การรับรองซึ่งส่งแข่งขันโดยสมาคมกีฬา

๕.๒ กลุ่มที่ ๒ นักกีฬาตัวแทนจังหวัด หมายถึง เป็นนักกีฬาตัวแทนจังหวัด ซึ่งเข้าร่วมการแข่งขันกีฬาแห่งชาติ กีฬาเยาวชนแห่งชาติ หรือกีฬาคนพิการแห่งชาติ โดยนับตั้งแต่วันที่ได้รับการคัดเลือกเป็นตัวแทนจังหวัดระดับภาคและได้รับสิทธิให้เข้าร่วมการแข่งขันรายการดังกล่าวจนจบการแข่งขันในปีที่ขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการกีฬา

๕.๓ กลุ่มที่ ๓ บุคลากรกีฬา หมายถึง ผู้บริหารองค์กรกีฬา ที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้บริหารองค์กรกีฬา และผู้ฝึกสอนกีฬา ผู้ตัดสิน ผู้ชี้ขาด ที่ปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าว และเคยเข้าร่วมปฏิบัติหน้าที่ในการแข่งขันมหกรรมกีฬาในรายการที่กำหนดไว้ในประกาศกองทุน สำหรับผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ในการแข่งขันกีฬาเยาวชนแห่งชาติ กีฬาแห่งชาติ หรือกีฬาคนพิการแห่งชาติ ในปีที่มีการแข่งขัน หรือกรณีอื่นที่คณะกรรมการบริหารกองทุนเห็นสมควรตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

ข้อ ๖ อัตราและเงื่อนไขการให้ความช่วยเหลือสวัสดิการตามประกาศนี้ ให้เป็นไปตามบัญชีท้ายประกาศนี้



## ข้อ ๗ การช่วยเหลือสวัสดิการตามประกาศนี้ให้ปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

๗.๑ ค่ายังชีพรายเดือน กรณีผู้มีสิทธิขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการตามข้อ ๕ ซึ่งได้รับการช่วยเหลือค่ายังชีพรายเดือนกรณีทุพพลภาพจากกองทุนกรณีเกิดการเสียชีวิต หรือกรณีกองทุนยุบหรือล้มเลิก ให้การช่วยเหลือค่ายังชีพรายเดือนกรณีทุพพลภาพตามหลักเกณฑ์ข้างต้นเป็นอันสิ้นสุดลง

### ๗.๒ ค่ารักษาพยาบาล ให้เป็นไปตามที่กำหนด ดังต่อไปนี้

๗.๒.๑ ผู้มีสิทธิขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการตามข้อ ๕ เมื่อขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการจากกองทุน กรณีที่ได้รับสินไหมทดแทนจากบริษัทประกันได้เต็มจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแล้ว ไม่มีสิทธิได้รับสวัสดิการจากกองทุน เว้นแต่ค่าสินไหมที่ได้รับนั้นต่ำกว่าค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายจริง ผู้มีสิทธิขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการตามข้อ ๕ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลเพียงเท่าจำนวนที่ขาดอยู่ตามระเบียบของทางราชการโดยแนบหลักฐานการรับสินไหมทดแทนจากการประกันพร้อมสำเนาใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลที่ยังไม่ได้เบิกจ่ายแนบเป็นหลักฐานในการเบิกจ่าย

๗.๒.๒ การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้มีสิทธิขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการตามข้อ ๕ ให้เบิกจ่ายได้จากสิทธิใดสิทธิหนึ่งเท่านั้น โดยให้เบิกจ่ายจากสิทธิค่ารักษาพยาบาลที่ตนเองพึงมี อาทิ สวัสดิการการรักษาพยาบาลของรัฐ ประกันสังคม หรือประกันชีวิตส่วนบุคคล

๗.๒.๓ ผู้มีสิทธิขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการตามข้อ ๕ ให้ส่งเรื่องผ่านสมาคมกีฬา พร้อมแนบเอกสารหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามแบบฟอร์มสวัสดิการที่คณะกรรมการบริหารกองทุนกำหนดท้ายประกาศนี้

๗.๒.๔ การขอรับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลถัดจากครั้งแรก ผู้มีสิทธิขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการตามข้อ ๕ สามารถยื่นความประสงค์ขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลต่อกองทุนได้โดยตรง โดยสามารถใช้สำเนาหนังสือที่สมาคมกีฬารับรองความเป็นทีมชาติหรือกรณีเป็นนักกีฬาสังกัดสมาคมกีฬาแห่งจังหวัด สามารถใช้สำเนาหนังสือที่สมาคมกีฬาแห่งจังหวัดรับรองสถานะความเป็นนักกีฬาสังกัดจังหวัดได้ โดยไม่ต้องมีหนังสือนำเสนอส่งดังกล่าว และให้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามแบบฟอร์มสวัสดิการที่คณะกรรมการบริหารกองทุนกำหนดท้ายประกาศนี้

๗.๒.๕ อดีตนักกีฬาทีมชาติทุพพลภาพที่อยู่ในความดูแลและได้รับค่ายังชีพกรณีทุพพลภาพจากกองทุนแล้ว สามารถขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลได้โดยตรง โดยให้ส่งเอกสารหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามแบบฟอร์มสวัสดิการที่คณะกรรมการบริหารกองทุนกำหนดท้ายประกาศนี้

### ๗.๓ ช่วยเหลือทางการศึกษา ให้เป็นไปตามที่กำหนด ดังต่อไปนี้

๗.๓.๑ เมื่อผู้มีสิทธิขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการตามข้อ ๕ กลุ่มที่ ๑ นักกีฬาทีมชาติ (รุ่นทั่วไป) และกลุ่มที่ ๒ นักกีฬาตัวแทนจังหวัด กรณีเกิดการเสียชีวิต และหากครอบครัวมีความประสงค์จะขอรับความช่วยเหลือทางการศึกษาตามสิทธิของนักกีฬาที่พึงจะได้รับผ่านทายาท โดยธรรมตามกฎหมาย ให้เสนอขอรับความช่วยเหลือผ่านสมาคมกีฬาที่นักกีฬาผู้นั้นสังกัดพร้อมแนบหลักฐานประกอบการขอรับความช่วยเหลือทางการศึกษาตามแบบฟอร์มสวัสดิการที่คณะกรรมการบริหารกองทุนกำหนดท้ายประกาศนี้



๗.๓.๒ กองทุน จะดำเนินการเบิกจ่ายสวัสดิการช่วยเหลือทางการศึกษาให้แก่ผู้มีสิทธิขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการตามข้อ ๕ กลุ่มที่ ๑ นักกีฬาทีมชาติ (รุ่นทั่วไป) และกลุ่มที่ ๒ นักกีฬาตัวแทนจังหวัด ผ่านทนายทนายธรรมตามกฎหมาย ที่จะมีสิทธิรับการสงเคราะห์สวัสดิการได้คราวละไม่เกิน ๓ คน โดยจะเบิกจ่ายให้ตามระเบียบที่กระทรวงการคลังกำหนด แต่ทั้งนี้ไม่เกินระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี

๗.๓.๓ การขอรับความช่วยเหลือทางการศึกษาถัดจากครั้งแรก ครอบครัวของผู้มีสิทธิขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการตามข้อ ๕ กลุ่มที่ ๑ นักกีฬาทีมชาติ (รุ่นทั่วไป) และกลุ่มที่ ๒ นักกีฬาตัวแทนจังหวัด สามารถยื่นความประสงค์ขอรับความช่วยเหลือทางการศึกษาต่อกองทุนได้โดยตรง โดยสามารถใช้สำเนาหนังสือที่สมาคมกีฬารับรองความเป็นทีมชาติ หรือสำเนาหนังสือที่สมาคมกีฬารับรองสถานะความเป็นนักกีฬาสังกัดจังหวัด โดยไม่ต้องมีหนังสือนำส่งจากสมาคมกีฬา ทั้งนี้ ให้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามแบบฟอร์มสวัสดิการที่คณะกรรมการบริหารกองทุนกำหนดท้ายประกาศนี้

๗.๔ การขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการเรื่องอื่นๆ ตามบัญชีการให้ความช่วยเหลือสวัสดิการท้ายประกาศนี้ ให้ส่งเรื่องผ่านสมาคมกีฬาที่ตนสังกัด พร้อมแนบเอกสารหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามแบบฟอร์มสวัสดิการที่คณะกรรมการบริหารกองทุนกำหนดท้ายประกาศนี้ ทั้งนี้ กองทุนอาจขอความเห็นประกอบการพิจารณาจากสำนักงานการกีฬาแห่งประเทศไทยจังหวัดนั้นๆ แล้วแต่กรณี

ข้อ ๘ คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการ ตามข้อ ๕ หากมีลักษณะต้องห้าม กองทุนจะไม่พิจารณาให้ความช่วยเหลือสวัสดิการตามประกาศนี้ ดังต่อไปนี้

- ๘.๑ การกระทำภายใต้ฤทธิ์สุราหรือยาเสพติด
- ๘.๒ การฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายร่างกายตนเอง
- ๘.๓ การทำแท้งลูก
- ๘.๔ การทะเลาะวิวาทหรือมีส่วนช่วยทำให้เกิดการทะเลาะวิวาท ก่ออาชญากรรมที่มีความผิดสถานหนัก หรือขณะถูกจับกุม หรือหลบหนีการจับกุม
- ๘.๕ การเข้าร่วมการจลาจล การนัดหยุดงาน การที่ประชาชนก่อความวุ่นวาย
- ๘.๖ อื่นๆ กรณีที่คณะกรรมการบริหารกองทุนเห็นสมควร

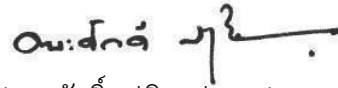
ข้อ ๙ ให้ผู้จัดการกองทุน อนุมัติให้ความช่วยเหลือสวัสดิการให้เป็นไปตามประกาศนี้ให้แก่ผู้มีสิทธิขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการตามข้อ ๕ และให้รายงานคณะกรรมการบริหารกองทุนทราบในโอกาสแรกที่มีการประชุม



ในกรณีการให้ความช่วยเหลือสวัสดิการที่นอกเหนือจากประกาศนี้ คณะกรรมการบริหาร  
กองทุน อาจพิจารณาอนุมัติให้ความช่วยเหลือสวัสดิการตามที่เห็นว่าจำเป็นและเหมาะสม โดยจะสนับสนุน  
ทั้งหมดหรือบางส่วน หรือจะกำหนดเงื่อนไขใดๆ ไว้ด้วยก็ได้

ประกาศ ณ วันที่ ๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙

พลเอก



(ธนะศักดิ์ ปฏิมาประกร)

รองนายกรัฐมนตรี

ประธานกรรมการบริหารกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ



**บัญชีท้ายประกาศประกาศคณะกรรมการบริหารกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ**  
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการช่วยเหลือด้านสวัสดิการแก่นักกีฬา บุคลากรกีฬา และผู้ซึ่งประสบอุบัติเหตุ  
หรือได้รับความเสียหายหรืออันตรายจากการแข่งขันกีฬา และกรณีอื่นอันควรแก่การสงเคราะห์ พ.ศ. ๒๕๕๙

การให้ความช่วยเหลือสวัสดิการ	จำนวนเงิน(บาท) / คน			
	กลุ่มที่ ๑ นักกีฬาทิมชาติ (สมัครเล่น)		กลุ่มที่ ๒ นักกีฬาจังหวัด	กลุ่มที่ ๓ บุคลากรกีฬา
	รุ่นทั่วไป	แบ่งรุ่นอายุ		
<b>๑. สนับสนุนค่ายังชีพรายเดือนกรณีทุพพลภาพ</b> <b>๑.๑ ทุพพลภาพถาวรโดยสิ้นเชิง</b> - เนื่องจากการแข่งขัน - เนื่องจากการณีอื่นอันควรแก่การสงเคราะห์ อาทิ จากการฝึกซ้อมกีฬา	๑๔,๐๐๐ - ๒๐,๐๐๐ บาท/เดือน	๑๑,๐๐๐ - ๑๗,๐๐๐ บาท/เดือน	๘,๐๐๐ - ๑๒,๐๐๐ บาท/เดือน	๕,๐๐๐ - ๘,๐๐๐ บาท/เดือน
<b>๑.๒ ทุพพลภาพถาวรบางส่วน</b> - เนื่องจากการแข่งขัน - เนื่องจากการณีอื่นอันควรแก่การสงเคราะห์ อาทิ จากการฝึกซ้อมกีฬา	๑๐,๐๐๐ - ๑๘,๐๐๐ บาท/เดือน	๘,๐๐๐ - ๑๕,๐๐๐ บาท/เดือน	๕,๐๐๐ - ๘,๐๐๐ บาท/เดือน	๓,๐๐๐ - ๕,๐๐๐ บาท/เดือน
<b>๒. กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย</b> <b>๒.๑ ค่ารักษาพยาบาล</b>	<b>๒.๑.๑ เนื่องจากการแข่งขัน</b> - การรักษา ณ สถานพยาบาลของรัฐบาล ให้เบิกได้ตามจ่ายจริง ตามระเบียบกระทรวงการคลัง - การรักษา ณ สถานพยาบาลของเอกชน ให้เบิกได้ตามจ่ายจริงแต่ไม่เกิน ๓๐,๐๐๐ บาท และต้องมีใบรับรองแพทย์ว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยฉุกเฉินเร่งด่วนเป็นกรณีพิเศษ <b>๒.๑.๒ เนื่องจากการณีอื่นอันควรแก่การสงเคราะห์ อาทิ จากการฝึกซ้อมกีฬา</b> - 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			
<b>๒.๒ เงินช่วยเหลือสมทบการรักษาพยาบาล</b>	ให้ผู้จัดการกองทุน อนุมัติให้ความช่วยเหลือเงินสวัสดิการสมทบการรักษาพยาบาลในรายการค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากระเบียบทางราชการจะสนับสนุนคนละ ๑ ครั้งต่อปี โดยให้เบิกจ่ายกับกองทุนตามที่จ่ายจริง ไม่เกินวงเงิน ๓๐๐,๐๐๐ บาท/ปี ตามบัญชีโรคแนบท้ายหลักเกณฑ์นี้ หรือโรคอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการบริหารกองทุนเห็นสมควร			
<b>๒.๓ อุปการณ์อำนวยความสะดวกและบรรเทาอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย</b>	การให้ความช่วยเหลืออุปการณ์อำนวยความสะดวกและบรรเทาอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายตามความเห็นของแพทย์ผู้รักษา หรือกรณีทีอุปกรณ์ที่ใช้อยู่เกิดการชำรุดเสียหายตามกาลเวลา ให้ผู้จัดการกองทุนอนุมัติให้ความช่วยเหลือตามความจำเป็นคราวละไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท และให้รายงานคณะกรรมการบริหารกองทุนทราบ ในโอกาสแรกที่มีการประชุม			
<b>๓. กรณีการเย็มนักกีฬา</b> <b>๓.๑ การเย็มนักกีฬาดูแล/เจ็บป่วย</b> ๓.๑.๑ เงินบำรุงขวัญนักกีฬา/บุคลากรกีฬา จากการตรวจเย็มนักกีฬา/เจ็บป่วย	ครั้งละไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท /คน		ครั้งละไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท/คน	ครั้งละไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท/คน
๓.๑.๒ ของเย็มนักกีฬาเมื่อเจ็บป่วย/บาดเจ็บ (กระเช้า หรือช็อคโกแลต และอื่นๆ)	ไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท/คน		ไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท/คน	ไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท/คน
<b>๓.๒ การเย็มนักกีฬาเพื่อบำรุงขวัญ</b> ๓.๒.๑ เงินบำรุงขวัญระหว่างเก็บตัวฝึกซ้อมหรือแข่งขันระดับกรมกีฬา	ครั้งละไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท	ครั้งละไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท	-	-
๓.๒.๒ ของเย็มนักกีฬาและแสดงความยินดี (กระเช้า หรือช็อคโกแลต และอื่นๆ)	ไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท		ไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท	ไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท



การให้ความช่วยเหลือสวัสดิการ	จำนวนเงิน(บาท) / คน			
	กลุ่มที่ ๑ นักกีฬาทีมชาติ (สมัครเล่น)		กลุ่มที่ ๒ นักกีฬาจังหวัด	กลุ่มที่ ๓ บุคลากรกีฬา
	รุ่นทั่วไป	แบ่งรุ่นอายุ		
<b>๔. การช่วยเหลือกรณีเสียชีวิตแก่นักกีฬาและบุคลากรกีฬา</b>				
<b>๔.๑ เงินสวัสดิการช่วยเหลือนักกีฬาผ่านครอบครัวกรณีเสียชีวิต</b>				
๔.๑.๑ เนื่องจากการแข่งขัน (นักกีฬาเสียชีวิตระหว่างการแข่งขัน)	ไม่เกิน ๒๐๐,๐๐๐ 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	-
๔.๑.๓ เนื่องจากสาเหตุอื่น	ไม่เกิน ๓๐,๐๐๐ บาท/คน	ไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท /คน	ไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท /คน	ไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท /คน
๔.๑.๔ ค่าพวงหรีดศพ	ไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาท	ไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาท	ไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาท	ไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาท
<b>๔.๒ ช่วยเหลือทางการศึกษาแก่นักกีฬาที่เสียชีวิต</b>				
<b>ผ่านทายาทโดยธรรมตามกฎหมาย และมีสิทธิ์รับ</b>				
<b>การสงเคราะห์ได้คราวละไม่เกิน ๓ คน</b>				
๔.๒.๑ ระดับอนุบาลหรือเทียบเท่า	- ไม่เกินระดับปริญญาตรี - สนับสนุนค่าใช้จ่าย เช่น เงินบำรุงการศึกษา และ ค่าเล่าเรียน และอื่นๆ	-	- ไม่เกินระดับปริญญาตรี - สนับสนุนค่าใช้จ่าย เช่น เงินบำรุงการศึกษา และ ค่าเล่าเรียน และอื่นๆ	-
๔.๒.๒ ระดับประถมศึกษาหรือเทียบเท่า	ตามระเบียบ กฎ ข้อบังคับ ที่เกี่ยวข้องกับการให้	-	ตามระเบียบ กฎ ข้อบังคับ ที่เกี่ยวข้องกับการให้	-
๔.๒.๓ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	สวัสดิการการศึกษาของบุตร ที่กระทรวงการคลัง	-	สวัสดิการการศึกษาของบุตร ที่กระทรวงการคลัง	-
๔.๒.๔ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า และระดับอาชีวศึกษาหรือเทียบเท่า	ถือไข้อยู่ โดยอนุโลม	-	ถือไข้อยู่ โดยอนุโลม	-
๔.๒.๕ อนุปริญญา หรือปริญญาตรีหรือเทียบเท่า				
<b>๕. การประกันอุบัติเหตุกลุ่ม</b>	๕.๑ ระดับชาติ หมายถึง การประกันอุบัติเหตุกลุ่มให้แก่นักกีฬาและบุคลากรกีฬาที่เก็บตัวฝึกซ้อมเตรียมทีม เข้าร่วมการแข่งขันระดับมหกรรมกีฬานานาชาติ			
	๕.๒ ระดับจังหวัด หมายถึง การประกันอุบัติเหตุกลุ่มให้แก่นักกีฬาและบุคลากรกีฬาที่เข้าร่วมการแข่งขัน กีฬาแห่งชาติ กีฬายาวชนแห่งชาติ หรือกีฬาคนพิการแห่งชาติ			
	๕.๓ อัตราค่าใช้จ่าย			
	๕.๓.๑ บาดเจ็บจากอุบัติเหตุไม่เกิน ๓๐,๐๐๐ บาท/คน ต่อการรักษาอาการนั้น			
	๕.๓.๒ เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ไม่เกิน ๓๐๐,๐๐๐ บาท/คน			



บัญชีท้ายประกาศประกาศคณะกรรมการบริหารกองทุนพัฒนากีฬาแห่งชาติ  
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการช่วยเหลือด้านสวัสดิการแก่นักกีฬา บุคลากรกีฬา และผู้ซึ่งประสบอุบัติเหตุ  
หรือได้รับความเสียหายหรืออันตรายจากการแข่งขันกีฬา และกรณีอื่นอันควรแก่การสงเคราะห์ พ.ศ. ๒๕๕๙

อัตราในการให้ความช่วยเหลือค่างชีพรายเดือนกรณีทุพพลภาพ

๑๑																							
๑๐																							
๙																							
๘																							
๗	๒๐,๐๐๐	๑๗,๐๐๐	๑๖,๐๐๐	๑๔,๐๐๐																			
๖	๑๙,๐๐๐	๑๖,๐๐๐	๑๕,๐๐๐	๑๓,๐๐๐																			
๕	๑๘,๐๐๐	๑๕,๐๐๐	๑๔,๐๐๐	๑๒,๐๐๐																			
๔	๑๗,๐๐๐	๑๔,๐๐๐	๑๓,๐๐๐	๑๑,๐๐๐																			
๓	๑๖,๐๐๐	๑๓,๐๐๐	๑๒,๐๐๐	๑๐,๐๐๐																			
๒	๑๕,๐๐๐	๑๒,๐๐๐	๑๑,๐๐๐	๙,๐๐๐																			
๑	๑๔,๐๐๐	๑๑,๐๐๐	๑๐,๐๐๐	๘,๐๐๐																			
ชั้น	จากการแข่งขัน หรือฝึกซ้อม		สาเหตุอื่น		จากการแข่งขัน หรือฝึกซ้อม		สาเหตุอื่น		จากการแข่งขัน หรือฝึกซ้อม		สาเหตุอื่น		จากการแข่งขัน หรือฝึกซ้อม		สาเหตุอื่น		จากการแข่งขัน หรือฝึกซ้อม		สาเหตุอื่น				
	ทุพพลภาพโดยสิ้นเชิง				ทุพพลภาพบางส่วน				ทุพพลภาพโดยสิ้นเชิง				ทุพพลภาพบางส่วน				ทุพพลภาพโดยสิ้นเชิง				ทุพพลภาพบางส่วน		
กลุ่มที่ ๑ นักกีฬาทันชาติทั่วไป (รุ่นทั่วไป / แบ่งรุ่นอายุ)					กลุ่มที่ ๒ นักกีฬาจังหวัด					กลุ่มที่ ๓ บุคลากรกีฬา													





บัญชีท้ายประกาศประกาศคณะกรรมการบริหารกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ  
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการช่วยเหลือด้านสวัสดิการแก่นักกีฬา บุคลากรกีฬา  
และผู้ซึ่งประสบอุบัติเหตุ หรือได้รับความเสียหายหรืออันตรายจากการแข่งขันกีฬา  
และกรณีอื่นอันควรแก่การสงเคราะห์

พ.ศ. ๒๕๕๙

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. โรคหลอดเลือดสมองที่ต้องได้รับการผ่าตัดลอกหลอดเลือดแดงคาโรติด  
(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. โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบเฉียบพลันจากเชื้อแบคทีเรีย (Acute Bacterial Meningitis)



๒๓. โรคระบบประสาทพาร์กินสัน (Parkinson's Disease)
๒๔. โรคโปลิโอ (Poliomyelitis)
๒๕. โรคซิสเต็มมิก ลูปุส อิริธมาโตซุส (Systemic Lupus Erythematosus หรือ S.L.E)
๒๖. การผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ (Surgery to the Aorta)
๒๗. โรคไขสมองอักเสบ (Encephalitis)
๒๘. โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease)
๒๙. โรคไวรัสตับอักเสบบั่นรุนแรง (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 (Chronis Relapsing Pancreatitis)
๓๙. โรคเท้าช้าง (Elephantiasis)
๔๐. การสูญเสียการดำรงชีพออย่างอิสระ (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 Cronh's Disease)
๔๗. ตาบอด (Total Blindness)
๔๘. การขยายหลอดเลือดหัวใจ หรือการใช้สายสวนอื่น เพื่อการรักษาหลอดเลือดหัวใจ  
(Angioplasty & Other Invasive Treatment For Coronary Artery)
๔๙. โรคอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการบริหารกองทุนเห็นสมควร

# ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่องว่าง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

แบบ ๗๑๐๕

๑. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....

๒. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

ข้าพเจ้า

บิดา ชื่อ.....  คู่สมรส ชื่อ.....

มารดา ชื่อ.....

บุตร ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....

เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ  เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าโดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว

เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย

(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่.....ชื่อ.....

เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....

ป่วยเป็นโรค.....

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาล  ทางราชการ  เอกชน ตั้งแต่วันที่.....

ถึงวันที่.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท

(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

๓. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ตามสิทธิ

เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ

เป็นเงิน.....บาท (.....) และ

(๑) ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(๒) คู่สมรสของ  ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ

ข้าพเจ้า  เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด.....

เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ

(๓) .....ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

<p>๔. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา <input type="checkbox"/></p> <p>เสนอ.....</p> <p>ข้าพเจ้า.....</p> <p>ตำแหน่ง.....</p> <p>ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบ ตามจำนวนที่ขอเบิก</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p>	<p>๕. คำอนุมัติ</p> <p style="text-align: right;">อนุมัติให้เบิกได้</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>ตำแหน่ง.....</p>
---	---

๖. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....

(.....) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน  
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน  
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

**คำชี้แจง**

ก

ถ้าเป็นข้าราชการบำนาญหรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด ให้เขียนคำว่า ข้าราชการบำนาญ หรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด แล้วแต่กรณี

ข

กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือ เสมือนไร้ความสามารถให้แนบ  
สำเนาคำสั่งศาลมาด้วย

ค

ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังคงอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษา  
พยาบาล

ง

ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

จ

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ



## แบบขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการกีฬา คำรักษาพยาบาล



เรียน ผู้จัดการกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ

ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ปัจจุบันอายุ.....ปี ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

หมายเลขโทรศัพท์ .....โทรศัพท์มือถือ.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

ขอยื่นขอรับสวัสดิการให้แก่ตนเองในฐานะ

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> นักกีฬา ชนิดกีฬา.....     | <input type="checkbox"/> ขอสวัสดิการเรื่องนี้ครั้งแรก | <input type="checkbox"/> ขอสวัสดิการเรื่องนี้มากกว่า ๑ ครั้ง |
| <input type="checkbox"/> บุคลากรกีฬา ชนิดกีฬา..... | <input type="checkbox"/> ขอสวัสดิการเรื่องนี้ครั้งแรก | <input type="checkbox"/> ขอสวัสดิการเรื่องนี้มากกว่า ๑ ครั้ง |

กรณียื่นแทนในฐานะเป็น (บิดา มารดา บุตร สามีหรือภรรยาตามกฎหมายของนักกีฬา/บุคลากรกีฬา)  
(ชื่อ-สกุล).....

มีความจำเป็นต้องขอรับสวัสดิการเนื่องจาก.....

พร้อมนี้ได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

๑.  สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
๒.  ต้นฉบับใบเสร็จรับเงิน
๓.  ต้นฉบับใบรับรองแพทย์
๔.  ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ของ กกท. (แบบ สป๑๐๕)
๕.  หนังสือรับรองเป็นนักกีฬาทีมชาติจากสมาคมกีฬาแห่งประเทศไทยเท่านั้น
๖.  หนังสือรับรองสถานะนักกีฬาสังกัดสมาคมกีฬาแห่งจังหวัดเท่านั้น (กรณีมิใช่ทีมชาติ)
๗.  หนังสือนำเสนอขอรับความช่วยเหลือจากสมาคมกีฬาแห่งประเทศไทย หรือสมาคมกีฬาแห่งจังหวัด
๘.  อื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริงและยินดีปฏิบัติตามเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดทุกประการ  
ลงชื่อ.....

(.....)

ความเห็นของสมาคมกีฬา หรือ กกท.จังหวัด (ถ้ามี).....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ :

๑. การขอรับสวัสดิการคำรักษาพยาบาลในครั้งแรก จะต้องให้สมาคมกีฬา เป็นผู้เสนอขอต่อกองทุนฯ
๒. การขอรับสวัสดิการคำรักษา ในครั้งต่อไป ผู้ขอสามารถยื่นความประสงค์ต่อกองทุนฯ ได้โดยตรง โดยสามารถใช้สำเนาหนังสือที่สมาคมกีฬารับรองสถานะดังกล่าวได้ โดยไม่ต้องมีหนังสือนำเสนอจากสมาคมกีฬา
๓. อดีตนักกีฬาทีมชาติทุพพลภาพที่อยู่ในความดูแลของกองทุนฯ แล้ว สามารถขอรับความช่วยเหลือได้โดยตรง

ดาวโหลดเอกสารขอรับสวัสดิการได้ที่ [www.sportfund.or.th](http://www.sportfund.or.th) กองทุนกีฬา แบบฟอร์มขอรับสนับสนุน เลือก สวัสดิการกีฬา



## แบบขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการกีฬา สมทบการกีฬาพยาบาล



เรียน ผู้จัดการกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ

ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....  
 ปัจจุบันอายุ.....ปี ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....  
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
 หมายเลขโทรศัพท์ .....โทรศัพท์มือถือ.....  
 บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

ขอยื่นขอรับสวัสดิการให้แก่ตนเองในฐานะ

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> นักกีฬา ชนิดกีฬา.....     | <input type="checkbox"/> ขอสวัสดิการเรื่องนี้ครั้งแรก | <input type="checkbox"/> ขอสวัสดิการเรื่องนี้มากกว่า ๑ ครั้ง |
| <input type="checkbox"/> บุคลากรกีฬา ชนิดกีฬา..... | <input type="checkbox"/> ขอสวัสดิการเรื่องนี้ครั้งแรก | <input type="checkbox"/> ขอสวัสดิการเรื่องนี้มากกว่า ๑ ครั้ง |

พร้อมนี้ได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

๑.  สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
๒.  สำเนาทะเบียนบ้าน
๓.  หนังสือรับรองเป็นนักกีฬาทีมชาติจากสมาคมกีฬาแห่งประเทศไทยเท่านั้น
๔.  หนังสือรับรองสถานะนักกีฬาสังกัดสมาคมกีฬาแห่งจังหวัดเท่านั้น (กรณีมิใช่ทีมชาติ)
๕.  หนังสือนำเสนอขอรับความช่วยเหลือจากสมาคมกีฬาแห่งประเทศไทย หรือสมาคมกีฬาแห่งจังหวัด
๖.  แบบกรอกประวัตินักกีฬา/บุคลากรกีฬาฯ (แบบ สก.๓)
๗.  เอกสารทางการแพทย์กรณีมีปัญหาด้านสุขภาพ (เช่น ใบรับรองแพทย์ เป็นต้น)
๘.  อื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริงและยินดีปฏิบัติตามเงื่อนไข  
 ที่คณะกรรมการกำหนดทุกประการ

ลงชื่อ.....  
 (.....)

ความเห็นของสมาคมกีฬา / กกท.จังหวัด (ถ้ามี).....  
 .....

ลงชื่อ.....  
 (.....)

ตำแหน่ง .....



แบบกรอกประวัตินักกีฬา/บุคลากรกีฬา  
ขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการ

ชื่อ.....สกุล.....  
นักกีฬา.....สังกัด.....

รูปถ่าย

๑. ชื่อ .....สกุล .....

วันเดือนปีเกิด .....

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

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

๒. ผลงานการแข่งขันที่ผ่านมา

๒.๑ มหกรรมกีฬา ได้แก่

๒.๑.๑ .....

๒.๑.๒ .....

๒.๑.๓ .....

๒.๑.๔ .....

๒.๑.๕ .....

๒.๒ รายการระดับนานาชาติ (ชิงชนะเลิศแห่งเอเชีย - โลก) หรือกรณีเป็นนักกีฬาสังกัดจังหวัด  
(รายการระดับชาติ อาทิ กีฬาแห่งชาติ กีฬาเยาวชนแห่งชาติ หรือกีฬาคนพิการแห่งชาติ)

๒.๒.๑ .....

๒.๒.๒ .....

๒.๒.๓ .....

๒.๒.๔ .....

๒.๒.๕ .....

๓. ปัญหาความเดือดร้อนในปัจจุบัน

๓.๑ .....

๓.๒ .....

๓.๓ .....

๓.๔ .....

๔. สถานที่อาศัยในปัจจุบัน

บ้านเลขที่ .....ถนน .....ตำบล .....อำเภอ .....

จังหวัด .....โทร.(บ้าน).....โทร.(มือถือ) .....

๕. สภาพความเป็นอยู่ปัจจุบัน

อาศัยอยู่กับ.....

มีบุตรกี่คน (ถ้ามี) .....

/๖. ....

๖. รายได้ของครอบครัว

รายได้ .....

อาชีพในปัจจุบัน .....

๗. รายจ่ายในครอบครัว

.....

.....

๘. สภาพร่างกาย หรือโรคประจำตัวในปัจจุบัน

๘.๑ .....

๘.๒ .....

๘.๓ .....

๙. การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย เบิกจาก.....

๑๐. ผู้ที่สามารถติดต่อได้ นอกเหนือจากนักกีฬา .....

เบอร์ติดต่อ .....

\*\*\*\*\*





## แบบขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการกีฬา แก่ครอบครัวกรณีการเสียชีวิต



เรียน ผู้จัดการกองทุนพัฒนากีฬาแห่งชาติ

ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่ .....เดือน..... พ.ศ.....  
 ปัจจุบันอายุ.....ปี ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....  
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
 หมายเลขโทรศัพท์ .....โทรศัพท์มือถือ.....  
 บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

ขอยื่นขอรับสวัสดิการให้แก่ครอบครัวของนักกีฬาหรือบุคลากรกีฬาที่เสียชีวิต

นักกีฬา (ชื่อ-สกุล).....ชนิดกีฬา.....

บุคลากรกีฬา (ชื่อ-สกุล).....ชนิดกีฬา.....

ผู้ยื่นอยู่ในฐานะเป็น (บิดา มารดา บุตร สามีหรือภรรยาตามกฎหมายของนักกีฬา/บุคลากรกีฬา)  
 (ชื่อ-สกุล).....

มีความจำเป็นต้องขอรับสวัสดิการจากการเสียชีวิตของนักกีฬา/บุคลากรกีฬา เนื่องจาก.....

พร้อมนี้ได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

๑.  สำเนาใบมรณบัตร
๒.  สำเนาทะเบียนบ้านผู้เสียชีวิต (กรณีอยู่คนละบ้านกับผู้ขอรับสวัสดิการ)
๓.  สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของทายาทผู้รับสวัสดิการ
๔.  สำเนาทะเบียนสมรส กรณีผู้รับสวัสดิการเป็นสามีหรือภรรยาผู้เสียชีวิต
๕.  สำเนาบัตรประชาชนผู้เสียชีวิต (ให้ผู้รับสวัสดิการแทน รับรองสำเนา)
๖.  หนังสือรับรองเป็นนักกีฬาทีมชาติ จากสมาคมกีฬาแห่งประเทศไทยเท่านั้น
๗.  หนังสือรับรองสถานะนักกีฬาสังกัดสมาคมกีฬาแห่งจังหวัดเท่านั้น (กรณีมิใช่ นักกีฬาทีมชาติ)
๘.  หนังสือส่งขอรับความช่วยเหลือจากสมาคม
๙.  อื่นๆ...สำเนาบัตร AD CARD ใบรับรองแพทย์ , สำเนาบันทกประจำวัน (ถ้ามี) และเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริงและยินดีปฏิบัติตามเงื่อนไข

ที่คณะกรรมการกำหนดทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ความเห็นของสมาคมกีฬา/ กกท.จังหวัด (ถ้ามี).....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง .....

**หมายเหตุ :** กรณีผู้ขอรับสวัสดิการ ขอให้โอนเงินช่วยเหลือผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร ให้อยู่ในดุลยพินิจของผู้บริหาร กกท. โดยจะต้องแนบสำเนาหน้าบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง และหากมีค่าธรรมเนียมการโอนเงินต่างสาขา จะหักจากวงเงินที่โอนให้

ดาวน์โหลดเอกสารขอรับสวัสดิการได้ที่ [www.sportfund.or.th](http://www.sportfund.or.th) กองทุนกีฬา แบบฟอร์มขอรับสนับสนุน เลือก สวัสดิการกีฬา



**แบบขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการกีฬา  
ด้านอุปกรณ์อำนวยความสะดวกและบรรเทาอาการเจ็บป่วย  
ทางร่างกายสำหรับนักกีฬาทุพพลภาพ**



เรียน ผู้จัดการกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ

ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่ .....เดือน.....พ.ศ..... ปัจจุบันอายุ.....ปี  
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....หมายเลขโทรศัพท์ .....  
โทรศัพท์มือถือ.....บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

ขอยื่นขอรับสวัสดิการให้แก่ตนเองในฐานะ

นักกีฬา ชนิดกีฬา.....  ขอสวัสดิการเรื่องนี้ครั้งแรก  ท่านเคยขอสวัสดิการเรื่องนี้.....ครั้ง  
 บุคลากรกีฬา ชนิดกีฬา.....  ขอสวัสดิการเรื่องนี้ครั้งแรก  ท่านเคยขอสวัสดิการเรื่องนี้.....ครั้ง

กรณียื่นแทนในฐานะเป็น (บิดา มารดา บุตร สามีหรือภรรยาตามกฎหมายของนักกีฬา/บุคลากรกีฬา)  
(ชื่อ-สกุล).....

มีความจำเป็นต้องขอรับสวัสดิการเนื่องจาก.....  
.....

**พร้อมนี้ได้แนบหลักฐานมาด้วย ได้แก่**

๑.  สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขอรับสวัสดิการ ๒.  สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยื่นแทน
๓.  สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอสวัสดิการ (กรณีมีผู้มายื่นแทน) ๔.  เอกสารอุปกรณ์ที่ต้องการ
๕.  หนังสือรับรองเป็นนักกีฬาทีมชาติ จากสมาคมกีฬาแห่งประเทศไทยเท่านั้น
๖.  หนังสือรับรองสถานะนักกีฬาสังกัดสมาคมกีฬาแห่งจังหวัดเท่านั้น (กรณีมิใช่ทีมชาติ)
๗.  หนังสือนำส่งขอรับความช่วยเหลือจากสมาคม (ใช้กรณีขอต่อกองทุนฯ ในครั้งแรก)
๘.  อื่นๆ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริงและยินดีปฏิบัติตามเงื่อนไข  
ที่คณะกรรมการกำหนดทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอ  
(.....)

ตำแหน่ง .....

ความเห็นของสมาคมกีฬา/กกท.จังหวัด (ถ้ามี).....  
.....

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง .....



แบบขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการกีฬา  
ช่วยเหลือทางการศึกษาแก่นักกีฬาที่เสียชีวิต  
ผ่านทายาทโดยธรรมตามกฎหมาย



เรียน ผู้จัดการกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ

ยื่นด้วยตนเอง  กรณียื่นแทนในฐานะเป็น  
(บิดา มารดา บุตร สามีหรือภรรยาตามกฎหมายของนักกีฬา/บุคลากรกีฬา)

ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่ .....เดือน.....พ.ศ..... ปัจจุบันอายุ.....ปี  
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....หมายเลขโทรศัพท์ .....  
โทรศัพท์มือถือ.....บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

กรณียื่นแทน ขอรับสวัสดิการทุนการศึกษาให้แก่ ชื่อ-สกุล (ด.ช./ด.ญ./นาย/นางสาว).....

ขอยื่นขอรับสวัสดิการทุนการศึกษาให้แก่ตนเอง หรือ เป็นผู้ยื่นแทนผู้รับทุน

นักกีฬา ชนิดกีฬา.....  ขอสวัสดิการเรื่องนี้ครั้งแรก  ขอสวัสดิการเรื่องนี้มากกว่า ๑ ครั้ง  
 บุคลากรกีฬา ชนิดกีฬา.....  ขอสวัสดิการเรื่องนี้ครั้งแรก  ขอสวัสดิการเรื่องนี้มากกว่า ๑ ครั้ง

มีความจำเป็นต้องขอรับสวัสดิการเนื่องจาก.....

พร้อมนี้ได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

๑.  สำเนาทะเบียนบ้าน
๒.  สำเนาบัตรประจำตัว นักเรียน/นักศึกษา
๓.  ต้นฉบับใบเสร็จรับเงินจากสถาบันการศึกษา
๔.  หนังสือรับรองการศึกษาจากสถานศึกษา
๕.  สำเนาหนังสืออนุญาตให้ประกอบการเปิดสถานศึกษา (กรณีศึกษาอยู่ในสถานศึกษาเอกชน )
๖.  หนังสือรับรองเป็นนักกีฬาทีมชาติของนักกีฬาที่เสียชีวิต จากสมาคมกีฬาแห่งประเทศไทยเท่านั้น
๗.  หนังสือรับรองสถานะนักกีฬาสังกัดสมาคมกีฬาแห่งจังหวัดของนักกีฬาที่เสียชีวิตเท่านั้น (กรณีมิใช่ทีมชาติ)
๘.  อื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริงและยินดีปฏิบัติตามเงื่อนไข  
ที่คณะกรรมการกำหนดทุกประการ

ลงชื่อ.....  
(.....)

ความเห็นของสมาคมกีฬา/ กท.จังหวัด (ถ้ามี).....

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง .....

หมายเหตุ :

1. การขอรับสวัสดิการในครั้งแรก จะต้องให้สมาคมกีฬา เป็นผู้เสนอขอต่อกองทุนฯ
2. การขอรับสวัสดิการในครั้งต่อไป ผู้ขอสามารถยื่นความประสงค์ต่อกองทุนฯ ได้โดยตรง โดยสามารถใช้สำเนาหนังสือที่สมาคมกีฬารับรองความเป็นทีมชาติ หรือรับรองสถานะความเป็นนักกีฬาสังกัดจังหวัดได้ โดยไม่ต้องมีหนังสือนำเสนอจากสมาคมกีฬา



## แบบขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการกีฬา ค่ายังชีพรายเดือนสำหรับนักกีฬาทุพพลภาพ



เรียน ผู้จัดการกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ

ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่ .....เดือน..... พ.ศ.....

ปัจจุบันอายุ.....ปี ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

หมายเลขโทรศัพท์ .....โทรศัพท์มือถือ.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

ขอยื่นขอรับสวัสดิการให้แก่ตนเองในฐานะ

นักกีฬา ชนิดกีฬา.....

บุคลากรกีฬา ชนิดกีฬา.....

กรณียื่นแทนในฐานะเป็น (บิดา มารดา บุตร สามีหรือภรรยาตามกฎหมายของนักกีฬา/บุคลากรกีฬา)

(ชื่อ-สกุล).....

มีความจำเป็นต้องขอรับสวัสดิการเนื่องจาก.....

.....

พร้อมนี้ได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

๑.  สำเนาทะเบียนบ้าน      ๒.  สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

๓.  ต้นฉบับใบรับรองแพทย์      ๔.  แบบ สก.๘ กรอกประวัตินักกีฬาทุพพลภาพ

๕.  หนังสือรับรองเป็นนักกีฬาทีมชาติจากสมาคมกีฬาแห่งประเทศไทยเท่านั้น

๖.  หนังสือรับรองสถานะนักกีฬาสังกัดสมาคมกีฬาแห่งจังหวัดเท่านั้น (กรณีมิใช่ทีมชาติ)

๗.  หนังสือนำส่งขอรับความช่วยเหลือจากสมาคมกีฬา      ๘.  อื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริงและยินดีปฏิบัติตามเงื่อนไข

ที่คณะกรรมการกำหนดทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ความเห็นของสมาคมกีฬา/กกท.จังหวัด (ถ้ามี).....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง .....



## แบบกรอกประวัตินักกีฬาทุพพลภาพ

แบบ สก.๘

- ภาพถ่าย -

ชื่อ.....สกุล.....  
อดีตนักกีฬา.....สังกัด.....

\*\*\*\*\*

๑. ชื่อ .....สกุล .....

วันเดือนปีเกิด .....

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

### ๒. ผลงานการแข่งขันที่ผ่านมา

#### ๒.๑ มหกรรมกีฬา ได้แก่

๒.๑.๑ .....

๒.๑.๒ .....

๒.๑.๓ .....

๒.๑.๔ .....

๒.๑.๕ .....

#### ๒.๒ รายการระดับนานาชาติ (ชิงชนะเลิศแห่งเอเชีย - โลก) หรือกรณีเป็นนักกีฬาสังกัดจังหวัด (รายการระดับชาติ อาทิ กีฬาแห่งชาติ กีฬาเยาวชนแห่งชาติ หรือกีฬาคณพิการแห่งชาติ)

๒.๒.๑ .....

๒.๒.๒ .....

๒.๒.๓ .....

๒.๒.๔ .....

๒.๒.๕ .....

### ๓. ทุพพลภาพ

๓.๑ ทุพพลภาพ เนื่องจากสาเหตุ .....

๓.๒ ทุพพลภาพส่วนใด (เช่น แขนขา ลำตัว หรือทุพพลภาพโดยสิ้นเชิงไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ หรือทุพพลภาพบางส่วน) .....

### ๓. สถานที่อาศัยในปัจจุบัน

บ้านเลขที่ .....ถนน .....ตำบล .....อำเภอ .....

จังหวัด .....โทร.(บ้าน).....โทร.(มือถือ) .....

### ๔. สภาพความเป็นอยู่ปัจจุบัน

อาศัยอยู่กับ.....

มีบุตรกี่คน (ถ้ามี) .....

/๕. ....

๕. รายได้ของครอบครัว

รายได้ .....

อาชีพในปัจจุบัน .....

๖. สภาพร่างกาย หรือโรคประจำตัวในปัจจุบัน

๖.๑ .....

๖.๒ .....

๖.๓ .....

๗. การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย เบิกจาก หรือใช้สิทธิ์ใด

(เช่น ประกันอุบัติเหตุ บัตรสุขภาพ หรืออื่นๆ).....

\*\*\*\*\*