



อุบัติเหตุจากการทำงาน การฝึกอาชีพ แบบคำขอรับเงินช่วยเหลือค่าครองชีพและใบเสร็จรับเงิน

หมายเลข	(โปรดอ่านคำแนะนำด้านหลังก่อนกรอก) (กฎหมายคุ้มครองแรงงานอุบัติเหตุจากการทำงาน) (มีประกันแรงงาน) หากเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานก่อนวันที่ 30 เมษายน 2565 (รวม) ให้ใช้กับผู้ที่ยื่นขอสวัสดิการอุบัติเหตุจากการทำงานตามระเบียบการประกันแรงงาน (ไม่มีประกันแรงงาน) สำหรับผู้ที่ประสบอุบัติเหตุจากการทำงานก่อนวันที่ 30 เมษายน 2565 (รวม)																
1 ชื่อนามสกุล ร น	2 วันเกิด		วันที่		เดือน		ปีค.ศ.										
	3 เลขประชาชน																
4 เวลาฝึกรวม _____ เดือน _____ วัน ชั่วโมงรวม _____ ชั่วโมง และระหว่างฝึกอาชีพไม่ได้รับเบี้ยยังชีพการฝึกอบรมอื่น ๆ ตามกฎเกณฑ์อื่น ๆ																	
5 วิธีติดต่อ	ที่อยู่ :		โทรศัพท์ :		/มือถือ :												
	มณฑล	เขตเมือง	หมู่บ้าน	ถนน	ตอน	ซอย	เลขที่	ชั้น									
6 สรุปอุบัติเหตุจากการทำงาน โปรดระบุความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างอุบัติเหตุกับกา รปฏิบัติหน้าที่ (ในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุทางจราจร โปรดแนบ "ใบรับรองอุบัติเหตุจากราชการ" ที่ออกโดยหน่วยงานตำรวจ และกรอก "คำชี้แจงการบาดเจ็บที่เกิดจากอุบัติเหตุระหว่างทาง" ไปและกลับจากการทำงานหรือการเดินทางเพื่อธุรกิจ")			<h1>職災保護</h1>														
7 วันที่ประสบอุบัติเหตุ	วันที่	เดือน	ปีค.ศ.	8 วันที่วินิจฉัยว่าพิการ	วันที่	เดือน	ปีค.ศ.										
9 คอลัมน์ใบรับรองสถาบันอาชีวศึกษา (โปรดติดต่อสถาบันอาชีวศึกษาเพื่อกรอกและประทับตรา) ชื่อสถาบันฝึกอบรม : _____ วันที่ลงทะเบียนผู้สมัคร : วัน _____ เดือน _____ ปีค.ศ. _____ ° วันที่เริ่มอบรม : วัน _____ เดือน _____ ปีค.ศ. _____ ระหว่างการศึกษา : วัน _____ เดือน _____ ปีค.ศ. _____ ถึงวัน _____ เดือน _____ ปีค.ศ. _____ รวม _____ วัน ลายเซ็นผู้จัดการ : _____ เบอร์ติดต่อ : _____ เลขทะเบียนคดีหรือเลขที่เอกสารค่าคอมมิชชั่น : _____																	
10 ประเภทบัญชี	----- สำเนาหน้าปกสมุดเงินฝากของสถาบันการเงินของผู้สมัคร -----																
	※ โอนเข้าบัญชีของผู้สมัครที่ไปรษณีย์หรือสถาบันการเงิน (เลือก (1) หรือ (2) ด้านล่างอย่างใดอย่างหนึ่ง) (1) สมุดบัญชีเงินฝากสถาบันการเงิน (B) ชื่อสถาบันการเงิน : ธนาคาร _____ สาขา _____ <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 15%;">รหัสทั่วไป</td><td style="width: 15%;">รหัสสาขา</td><td style="width: 5%;">ปี</td><td style="width: 65%;">บัญชีเงินฝากธนาคาร (สาขา, แผนก, รหัส, หมายเลขตรวจสอบ)</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> (2) สมุดบัญชีไปรษณีย์ (H) เลข: <input type="text"/> - <input type="text"/> บัญชี: <input type="text"/> - <input type="text"/>										รหัสทั่วไป	รหัสสาขา	ปี	บัญชีเงินฝากธนาคาร (สาขา, แผนก, รหัส, หมายเลขตรวจสอบ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
รหัสทั่วไป	รหัสสาขา	ปี	บัญชีเงินฝากธนาคาร (สาขา, แผนก, รหัส, หมายเลขตรวจสอบ)														
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>														
11 ฉันตกลงว่าฝ่ายบริหารความปลอดภัยและอาชีวอนามัยขอปรึกษาเกี่ยวกับฝ่ายบริหารการประกันสุขภาพหรือหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เพื่อขอข้อมูลที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทบทวนและความต้องการเงินอุดหนุน หากคุณได้รับเงินช่วยเหลือเพื่อการยังชีพในการฝึกอบรมอื่น ๆ หรือออกจากการศึกษาหรือการฝึกอบรมระหว่างช่วงการฝึกอบรม คุณตกลงที่จะคืนจำนวนเงินที่จ่ายของคุณเงินช่วยเหลือค่าครองชีพในการฝึกอาชีพให้กับแผนกความปลอดภัยและอาชีวอนามัย ลายเซ็นผู้ประสบอุบัติเหตุทำงาน																	
12 สำหรับผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมประกันแรงงานในขณะที่เกิดอุบัติเหตุ กรุณากรอกข้อมูลข้าง ชื่อบริษัทที่ทำงาน : _____ (กรุณากรอกชื่อเต็ม) ที่อยู่ : _____ โทรศัพท์ : _____ ชื่อนายจ้าง (ผู้รับผิดชอบ) : _____ หมายเลขประจำตัวประชาชน : _____ ที่อยู่ : _____ โทรศัพท์ : _____																	

ชั้นคอนกรีตเสริมกริปคิดต่อหน่วยประกันภัย สะดวกไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายไม่ต้องมอบอำนาจ จะต้องกรอกเอกสารให้ครบถ้วน
หากปลอมแปลงเอกสารจะดำเนินคดีตามกฎหมาย โทรศัพท์ : 02-23961266 ต่อ 2236 °

111.4

คำแนะนำในการขอรับเงินอุดหนุนการฝึกอาชีพ :

๑.คุณสมบัติ :

- (๑) เนื่องจากการบาดเจ็บจากการทำงานหรือโรคจากการทำงาน แพทย์ได้วินิจฉัยว่าสูญเสียความสามารถในการทำงานเพียงบางส่วน และระดับความทุพพลภาพเป็นไปตามรายการที่ระบุไว้ในมาตรฐานการชำระความทุพพลภาพการประกันแรงงานตั้งแต่ระดับ 2 ถึงระดับ 15
- (๒) เข้าร่วมการฝึกอบรมสายอาชีพประเภทต่างๆ ในสถาบันฝึกอบรมที่ได้รับการสนับสนุน มอบหมาย หรือขึ้นทะเบียนโดยรัฐบาล โดยมีชั่วโมงการฝึกอบรมรายเดือนรวมมากกว่า 100 ชั่วโมง
- (๓) ไม่ได้รับเบี้ยเลี้ยงการฝึกอบรมอื่น เงินช่วยเหลือกรณีเจ็บป่วยจากการทำงาน หรือเงินช่วยเหลือค่าครองชีพสำหรับผู้ทุพพลภาพในระหว่างระยะเวลาการฝึกอบรม

๒.เกณฑ์การได้รับ : (๑) ในช่วงระยะเวลาการฝึกอบรม จะได้รับเงินเดือนละ 14,800 เหรียญได้วัน

- (๒) ตามเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดจริงของการเข้าร่วมการฝึกอบรมของผู้สมัคร 30 วันจะถูกคำนวณและออกเป็นหนึ่งเดือน หากระยะเวลาการฝึกอบรมน้อยกว่า 30 วัน ให้คำนวณและแจกจ่ายตามวิธีการต่อไปนี้ หากระยะเวลาการฝึกอบรมมากกว่า 10 วัน และชั่วโมงการฝึกอบรมถึง 30 ชั่วโมง ให้ออกครึ่งเดือน หาก ระยะเวลาอบรมเกิน 20 วัน และชั่วโมงอบรมเกิน 60 ชั่วโมง จะออกให้ 1 เดือน

- (๓) ค่าครองชีพในการฝึกอาชีพจะได้รับภายใน 5 ปีนับจากวันที่ได้รับการฝึกอบรมเบื้องต้นของผู้สมัคร และจะได้รับเงินทั้งหมด 24 เดือน จะหยุดออกหลังจาก 5 ปี

๓.เอกสารที่ต้องเตรียม : (๑) แบบฟอร์มใบสมัคร (โปรดส่งไปที่สถาบันอาชีวศึกษาเพื่อขอใบรับรองแสดง)

- (๒) ใบรับรองการวินิจฉัยความพิการของประกันแรงงาน
- (๓) สำเนาปกสมุดบัญชีเงินฝากของสถาบันการเงินของผู้สมัคร
- (๔) ใบรับรองการวินิจฉัยโรคจากการทำงานหรือเอกสารรับรองเกี่ยวกับภัยพิบัติจากการทำงาน
- (๕) ประกาศไม่ขอรับเงินอุดหนุนการฝึกอบรมอื่น ๆ (รวมอยู่ในคอลัมน์ 11 ของใบสมัครนี้แล้ว)

๔.ข้อควรระวัง :

- (๑) เมื่อคนงานที่ประสบอุบัติเหตุจากการทำงานมีคุณสมบัติตรงตามระเบียบที่กล่าวไว้ข้างต้นและขอรับเงินช่วยเหลือค่าครองชีพ ให้กรอกแบบฟอร์มใบสมัครนี้แล้วส่งไปที่สถาบันอาชีวศึกษาเพื่อขอใบรับรองตราประทับ แล้วส่งใบสมัครพร้อมข้อมูลที่เกี่ยวข้องมายังสำนักงานแห่งนี้ กรอกแบบฟอร์มใบสมัครนี้และส่งไปที่: กรมความปลอดภัยและอาชีวอนามัย กระทรวงแรงงาน ที่อยู่: ชั้น 11 อาคารทิสโก้ เลขที่ 439 ถนนจางปิง เขตชินจวง เมืองนิวไทเป 24219

- (๒) สามารถขอรับแบบฟอร์มใบสมัครได้จากสำนักงาน หรือดาวน์โหลดจากเว็บไซต์ของสำนักงาน (เว็บ

ឯកសារ: <http://www.osha.gov.tw>)