



เงินอุดหนุนผู้ทุพพลภาพ
ใบสมัครสวัสดิการผู้ประสบอุบัติเหตุจากการทำงานและใบเสร็จรับเงิน
เงินช่วยเหลือครอบครัว (กลุ่มคุ้มครองแรงงานอุบัติเหตุจากการทำงาน)

หมายเลข	(โปรดอ่านคำแนะนำด้านหลังก่อนกรอก) (มีประกันแรงงาน) หากเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานก่อนวันที่ 30 เมษายน 2565 (รวม) ให้กับผู้ที่ยื่นขอสวัสดิการอุบัติเหตุจากการทำงานตามระเบียบการประกันแรงงาน (ไม่มีประกันแรงงาน) สำหรับผู้ที่ประสบอุบัติเหตุจากการทำงานก่อนวันที่ 30 เมษายน 2565 (รวม)																																																																											
1 ชื่อแรงงาน	2 วันเกิด	วันที่	เดือน	ปีค.ศ.	10 ความสัมพันธ์ระหว่างคนงานที่เสียชีวิตกับผู้																																																																							
	3 เลขประจำตัว																																																																											
4 ชื่อผู้สมัคร	5 วันเกิด	วันที่	เดือน	ปีค.ศ.																																																																								
	6 เลขประจำตัว																																																																											
7 ชื่อผู้ปกครอง	8 วันเกิด	วันที่	เดือน	ปีค.ศ.																																																																								
	9 เลขประจำตัว																																																																											
11 วิธีติดต่อ	ที่อยู่ : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> โทรศัพท์ : /มือถือ : มณฑล เขตเมือง หมู่บ้าน ถนน คอน ซอย เลขที่ ชั้น																																																																											
12 ประเภทการสมัคร	☐ เงินช่วยเหลือผู้ทุพพลภาพ (จำกัดเฉพาะผู้จ้างงานที่ไม่มีประกันแรงงาน) * เอกสารที่ต้องเตรียม ใบตรวจวินิจฉัยความพิการประกันแรงงาน		☐ เงินช่วยเหลือผู้เสียชีวิต (จำกัดเฉพาะผู้จ้างงานที่ไม่มีประกันแรงงาน) ☐ เบี้ยเลี้ยงครอบครัว (หนึ่งแสนดอลลาร์ไต้หวัน) * เอกสารที่ต้องเตรียม : 1. ใบมรณะบัตรหรือใบชันสูตรพลิกศพของพนักงานอัยการ 2. สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมวันที่เสียชีวิต																																																																									
13 สรุปอุบัติเหตุจากการทำงาน	โปรดระบุความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างอุบัติเหตุกับการปฏิบัติหน้าที่ (หากเกิดอุบัติเหตุจากรถ โปรดแนบ "ใบรับรองอุบัติเหตุจากรถทางถนน" ที่ออกโดยหน่วยงานตำรวจ และเพิ่ม "คำชี้แจงการบาดเจ็บที่เกิดจากอุบัติเหตุระหว่างทางไปและ จากการเลิกงานหรือการเดินทางเพื่อธุรกิจ")																																																																											
14 วันที่บาดเจ็บ	วันที่	เดือน	ปีค.ศ.	15 วินิจฉัยทุพพลภาพหรือวันตาย	วันที่	เดือน	ปีค.ศ.																																																																					
16 ประเภทบัญชี	— — — — — สำเนาน้ำปากสมุดเงินฝากของสถาบันการเงินของผู้สมัคร — — — — — ※ โอนเงินเข้าบัญชีของผู้สมัคร ณ ที่ทำการไปรษณีย์หรือสถาบันการเงิน (อย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ (1) หรือ (2)) (1) สมุดเงินฝากสถาบันการเงิน (B) ชื่อสถาบันการเงิน : ธนาคาร _____ สาขา _____ <table><tr><td>รหัสทั่วไป</td><td>รหัสสาขา</td><td>บัญชี</td><td>บัญชีเงินฝากธนาคาร (สาขานี้เฉพาะให้เลขหมายตรวจสอบ)</td></tr><tr><td><table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></td><td><table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></td><td><table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></td><td><table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></td></tr></table> (2) เลขหนังสือสำนักงานไปรษณีย์ (H): <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> - <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> บัญชี: <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> - <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					รหัสทั่วไป	รหัสสาขา	บัญชี	บัญชีเงินฝากธนาคาร (สาขานี้เฉพาะให้เลขหมายตรวจสอบ)	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																								
รหัสทั่วไป	รหัสสาขา	บัญชี	บัญชีเงินฝากธนาคาร (สาขานี้เฉพาะให้เลขหมายตรวจสอบ)																																																																									
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																		
17	ฉันตกลงว่าฝ่ายบริหารความปลอดภัยและอาชีวอนามัยอาจปรึกษากับฝ่ายบริหารการประกันสุขภาพหรือหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เพื่อขอข้อมูลที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการพบทวนและความต้องการเงินอุดหนุน ลายเซ็นผู้สมัคร : (หากมีผู้ปกครองโปรดลงชื่อด้วย) _____																																																																											

18 สำหรับผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมประกันแรงงานในขณะที่เกิดอุบัติเหตุ กรุณากรอกข้อมูลนายจ้าง **【มีเงินเข้าร่วมประกันแรงงานในขณะที่เกิดอุบัติเหตุ ไม่ต้องกรอกคอลัมน์นี้】**

ชื่อบริษัทที่ทำงาน : _____ (กรุณากรอกชื่อเต็ม)
 ที่อยู่ : _____ โทรศัพท์ : _____
 ชื่อนายจ้าง (ผู้รับผิดชอบ) : _____ เลขประจำตัวประชาชน : _____
 ที่อยู่ : _____ โทรศัพท์ : _____
 อุบัติเหตุครั้งนี้ ☐ ไม่ได้รับค่าตอบแทนจากนายจ้าง
☐ ได้รับค่าชดเชยเป็นดอลลาร์ได้ห้วนจากนายจ้าง \$NT _____
 (หากตกลงกันได้กับนายจ้างแล้ว โปรดแนบจดหมายประนีประนอมยอมความและเอกสารประกอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง)

✘ การขอรับเบี้ยเลี้ยงหรือเงินอุดหนุนต่างๆ ของกฎหมายคุ้มครองแรงงานจากอุบัติเหตุจากการทำงาน ไม่จำเป็นต้องยื่นผ่านหน่วยงานผู้ประกันภัย และไม่ต้องมอบหมายให้ผู้ยื่นคำเนิการดังกล่าว หากมีข้อสงสัยประการใด โปรดติดต่อ กรมความปลอดภัยและอาชีวอนามัย กระทรวงแรงงาน โทร 02-89956666 ต่อ 8287 111.4

คำแนะนำในการขอรับเงินช่วยเหลือผู้ทุพพลภาพ เงินช่วยเหลือการเสียชีวิต และเงินช่วยเหลือผู้อยู่ในอุปการะ :

๑.คุณสมบัติ :

เงินช่วยเหลือผู้ทุพพลภาพ	1. ลูกจ้างที่ไม่มีประกันแรงงาน 2. _____ ในกรณีเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน ระดับความทุพพลภาพจะเป็นไปตามรายการและผลประโยชน์ที่กำหนดไว้ในระดับที่หนึ่งถึงสิบของมาตรฐานการชำระความทุพพลภาพการประกันแรงงาน มาตรฐานการจ่าย 3. เมื่อนายจ้างไม่จ่ายค่าชดเชยความทุพพลภาพตามมาตรา 59 แห่งพระราชบัญญัติมาตรฐานแรงงาน
เงินช่วยเหลือเสียชีวิต	1. ลูกจ้างที่ไม่มีประกันแรงงาน 2. ประสบอุบัติเหตุจากการทำงานและเสียชีวิต 3. เมื่อนายจ้างไม่จ่ายค่าชดเชยการเสียชีวิตตามมาตรา 59 แห่งพระราชบัญญัติมาตรฐานแรงงาน
เงินช่วยเหลือครอบครัว	1. ลูกจ้างหรือผู้ประกอบอาชีพอิสระที่มีหรือไม่มีประกันแรงงาน 2. ประสบอุบัติเหตุจากการทำงานและเสียชีวิต ทั้งคู่สมรส บุตร หรือบิดามารดา

๒.เกณฑ์ :

เงินช่วยเหลือผู้ทุพพลภาพ	1. _____ ตามเงินเดือนขั้นต่ำของผู้เอาประกันภัยรายเดือนของการประกันแรงงานและมาตรฐานที่กำหนดในมาตรฐานการจ่ายเงินทุพพลภาพการประกันแรงงาน ขั้นต่ำ 330 วันและสูงสุด 1, 800 วันของเงินช่วยเหลือทุพพลภาพจะออก 2. จำนวนเงินชดเชยความทุพพลภาพที่จ่ายโดยนายจ้างตามมาตรา 59 แห่งพระราชบัญญัติมาตรฐานแรงงานจะถูกหักออก
เงินช่วยเหลือเสียชีวิต	1. ตามเงินเดือนขั้นต่ำของผู้ประกันตนของประกันแรงงาน เงินช่วยเหลืองานศพ 5 เดือนจะออกให้ในคราวเดียว สำหรับผู้ที่เหลือคู่สมรส บุตร บิดามารดา ปู่ย่าตายาย หลานหรือพี่น้องที่พึ่งพิงแต่ผู้เดียว พวกเขาจะได้รับการประกันตามประกันแรงงานขั้นต่ำรายเดือน เงินเดือน เงินช่วยเหลือครอบครัวที่รอดตาย 40 เดือน 2. จำนวนเงินค่าชดเชยการเสียชีวิตที่จ่ายโดยนายจ้างตามมาตรา 59 แห่งพระราชบัญญัติมาตรฐานแรงงานจะถูกหักออก 3. ลำดับการเรียกร้องสินไหมทดแทน (1) คู่สมรสและบุตร (2) บิดามารดา (3) ปู่ย่าตายาย (4) หลาน (5) พี่น้อง 4. _____ หากมีผู้สมัครตั้งแต่สองคนขึ้นไปในลำดับเดียวกันเพื่อรับผลประโยชน์กรณีเสียชีวิต ก็ควรร่วมกันรับ แต่ถ้ามีสมาชิกในครอบครัวที่รอดตายไม่ทราบชื่อคนอื่น ๆ 5. คนงานที่ได้ยื่นขอสวัสดิการทุพพลภาพตามที่กำหนดไว้ในวรรค 1 ของมาตรา 6 ของพระราชบัญญัตินี้เนื่องจากอุบัติเหตุจากการทำงาน ไม่สามารถขอรับเงินทดแทนกรณีเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุจากการทำงานเดียวกันได้ อย่างไรก็ตาม หลังจากยื่นคำขอเงินช่วยเหลือทุพพลภาพ ก่อนได้รับเงิน ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากการทำงานเดียวกัน สามารถเลือกรับเงินช่วยเหลือทุพพลภาพหรือเสียชีวิตได้
เงินช่วยเหลือครอบครัว	1. ชำระครั้งเดียว 100, 000 ดอลลาร์ได้ห้วนใหม่ 2. ลำดับที่สมาชิกในครอบครัวมีสิทธิ์ได้รับเงินอุดหนุน: (1) คู่สมรสและบุตร (2) ผู้ปกครอง

๑.เอกสารที่ต้องเตรียม :

เงินช่วยเหลือผู้ทุพพลภาพ	1. แอปพลิเคชันนี้ 2. ใบตรวจวินิจฉัยทุพพลภาพการประกันแรงงาน 3. เอกสารเกี่ยวกับภัยพิบัติจากการทำงาน 4. สำเนาปกสมุดบัญชีเงินฝากของสถาบันการเงินของผู้สมัคร 5. หลังจากตรวจสภาพทางการแพทย์แล้ว ให้แนบรายงานการตรวจและรูปภาพประกอบ 6. ชื่อหน่วยธุรกิจ ชื่อและที่อยู่ของผู้รับผิดชอบและข้อมูลที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ (รวมอยู่ในคอลัมน์ที่ 18 ของแอปพลิเคชันนี้แล้ว) 7. _____ การไม่รับค่าจ้างการชดเชยจากนายจ้างสำหรับอุบัติเหตุจากการทำงานและความทุพพลภาพตามพระราชบัญญัติมาตรฐานแรงงาน (รวมอยู่ในคอลัมน์ที่ 18 ของคำขอนี้แล้ว)
--------------------------	---

เงินช่วยเหลือเสียชีวิต	1. แอปพลิเคชันนี้ 2. ใบสำคัญการตายหรือใบตรวจสอบพนักงานอัยการ สำหรับผู้ตาย ให้แนบคำตัดสินของศาล 3. เอกสารเกี่ยวกับภัยพิบัติจากการทำงาน 4. สำเนาทะเบียนบ้านที่มีวันที่เสียชีวิตของพนักงานในอุบัติเหตุจากการทำงาน หากผู้สมัครและผู้ตายไม่ได้อยู่ในทะเบียนบ้านเดียวกัน ให้ส่งสำเนาทะเบียนบ้านแต่ละฉบับมาด้วย 5. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของสถาบันการเงินของผู้ยื่นคำขอ 6. ชื่อหน่วยธุรกิจ ชื่อและที่อยู่ของผู้รับผิดชอบและข้อมูลที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ (รวมอยู่ในคอลัมน์ที่ 18 ของแอปพลิเคชันนี้แล้ว) 7. การไม่รับใบแจ้งการจ่ายเงินชดเชยการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากการทำงานโดยนายจ้างตามกฎหมายว่าด้วยมาตรฐานแรงงาน (รวมอยู่ในคอลัมน์ที่ 18 ของคำขอนี้แล้ว) 8. หากมีผู้สมัครคนเดียวกันในลำดับเดียวกันจะต้องกรอกแบบฟอร์มยินยอมร่วมกัน (ซึ่งสามารถดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์ของกรมฯ)
เงินช่วยเหลือครอบครัว	1. แอปพลิเคชันนี้ 2. ใบสำคัญการตายหรือใบตรวจสอบพนักงานอัยการ สำหรับผู้ตาย ให้แนบคำตัดสินของศาล 3. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของสถาบันการเงินของผู้ยื่นคำขอ 4. ผู้ที่ไม่มีประกันแรงงานต้องแนบข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง เช่น หนังสือรับรองภัยพิบัติจากการทำงาน ชื่อนายจ้าง ชื่อผู้รับผิดชอบ และที่อยู่ (รวมอยู่ในคอลัมน์ที่ 18 ของคำขอนี้แล้ว) 5. สำเนาทะเบียนบ้านที่มีวันตายของพนักงานในอุบัติเหตุจากการทำงาน หากผู้สมัครและผู้ตายไม่ได้อยู่ในทะเบียนบ้านเดียวกัน ให้ถ่ายสำเนาทะเบียนบ้านแต่ละฉบับ (จำนวนผู้อยู่อาศัยในปัจจุบันและที่ไม่เป็นปัจจุบัน ประชากรที่อยู่อาศัย บันทึกโดยละเอียด) ควรส่งพร้อมกัน 6. หากมีผู้สมัครรายเดียวกันในลำดับเดียวกันจะต้องกรอกแบบฟอร์มยินยอมร่วมกัน (ซึ่งสามารถดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์ของกรมฯ)

๔. ข้อควรระวัง : หลังจากกรอกแบบฟอร์มนี้แล้ว โปรดส่งพร้อมเอกสารที่เกี่ยวข้องมาที่ กรมความปลอดภัยและอาชีวอนามัย กระทรวงแรงงาน ที่อยู่: ชั้น 11 อาคารทิศใต้ เลขที่ 439 ถนนจ่งปึง เขตชินจวง เมืองนิวไทเป 24219 แบบฟอร์มใบสมัครสามารถรับได้จากสำนักงานของสำนักงานนี้หรือสำนักงานประกันแรงงาน หรือดาวน์โหลดจากเว็บไซต์ข้อมูลทั่วโลกของสำนักงาน (<http://www.osha.gov.tw>)