



## ประกาศกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา

### เรื่อง หลักเกณฑ์คณะกรรมการกลั่นกรองการจ่ายเงินช่วยเหลือเยียวยานักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ

ตามที่นายกรัฐมนตรีได้เห็นชอบหลักการให้กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬาใช้จ่ายงบประมาณรายจ่ายตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการใช้งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ไปพลางก่อน งบกลาง รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น ภายในกรอบวงเงิน ๕๐,๐๐๐,๐๐๐ บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินโครงการช่วยเหลือเยียวยานักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่บาดเจ็บและเสียชีวิต นั้น

อาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม มาตรา ๘ ๓ และมาตรา ๒๐ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬาออกกฎกระทรวงไว้ โดยระบุว่า ให้สำนักงานปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา มีภารกิจเกี่ยวกับการเป็นศูนย์กลางการบริหารของกระทรวงในการพัฒนายุทธศาสตร์และแปลงนโยบายของกระทรวงเป็นแผนปฏิบัติการ จัดสรรทรัพยากร และบริหารราชการทั่วไปของกระทรวงให้บรรลุเป้าหมายและเกิดผลสัมฤทธิ์ตามภารกิจของกระทรวง โดยให้กองมาตรฐานและกำกับความปลอดภัยนักท่องเที่ยวนั้น มีอำนาจหน้าที่ในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย รวมถึงกำหนดและเสนอแนวทางเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาการหลอกลวงนักท่องเที่ยวนั้น และให้ความช่วยเหลือนักท่องเที่ยวนั้น และเพื่อให้การบริหารเงินตามโครงการช่วยเหลือเยียวยานักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่บาดเจ็บและเสียชีวิต กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา เป็นไปตามวัตถุประสงค์และมีแนวทางในการพิจารณาใช้จ่ายเงินอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬาจึงได้กำหนดหลักเกณฑ์ไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้มีคณะกรรมการกลั่นกรองการจ่ายเงินช่วยเหลือเยียวยานักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ ประกอบด้วย

- |   |                     |
|---|---------------------|
| (๑) รองปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา<br>ที่ปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬามอบหมาย                       | ประธานกรรมการ       |
| (๒) ผู้แทนสำนักงานอัยการสูงสุด  | กรรมการ             |
| (๓) ผู้แทนสำนักงานตำรวจแห่งชาติ   | กรรมการ             |
| (๔) ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข  | กรรมการ             |
| (๕) ผู้แทนกรมบัญชีกลาง  | กรรมการ             |
| (๖) ผู้แทนการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย  | กรรมการ             |
| (๗) ผู้อำนวยการกองมาตรฐานและ<br>กำกับความปลอดภัยนักท่องเที่ยวนั้น   | กรรมการและเลขานุการ |
| (๘) หัวหน้ากลุ่มแก้ไขปัญหาและช่วยเหลือนักท่องเที่ยวนั้น<br>กองมาตรฐานและกำกับความปลอดภัยนักท่องเที่ยวนั้น | กรรมการและเลขานุการ |

โดยมี...

โดยมีหน้าที่และอำนาจในการพิจารณา ให้ความเห็น และกลั่นกรองค่าใช้จ่ายตามคำขอรับการเยียวยาของนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ

ข้อ ๒ ผู้ที่มีสิทธิจะได้รับเงินช่วยเหลือเยียวยาภายใต้หลักเกณฑ์นี้ ได้แก่ นักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่ประสบเหตุในราชอาณาจักรไทย ระหว่างวันที่ ๑ มกราคม - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๗ และเป็นผู้ถือหนังสือเดินทาง พร้อมหลักฐานการตรวจลงตราประเภทนักท่องเที่ยวในหนังสือเดินทางหรือเอกสารใช้แทนหนังสือเดินทาง เว้นแต่กรณีที่ไม่ต้องมีการตรวจลงตราสำหรับคนต่างด้าวบางประเภทเป็นกรณีพิเศษ ทั้งนี้ ต้องเป็นการเข้ามาด้วยวัตถุประสงค์อันมิใช่เพื่อการประกอบอาชีพหรือหารายได้ หรือมีพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่ามีได้เข้ามาเพื่อการท่องเที่ยวเป็นหลัก

ข้อ ๓ นักท่องเที่ยวชาวต่างชาติจะได้รับเงินช่วยเหลือเยียวยา เมื่อเกิดความสูญเสียหรือเสียหายใด ๆ โดยมีได้เกิดจากความประมาท เจตนา การกระทำผิดกฎหมายของนักท่องเที่ยวหรือนักท่องเที่ยวมีส่วนร่วมรู้เห็นในความผิด สมคบคิด หรือมีพฤติการณ์ที่เสี่ยงให้เกิดเหตุนั้นขึ้น รวมถึงเหตุที่เกิดซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของเอกชน เฉพาะเหตุดังนี้

(๑) การประทุษร้ายต่อชีวิตร่างกาย

(๒) อุบัติเหตุ

(๓) การบาดเจ็บหรือเสียชีวิต ที่เกิดจากการประทุษร้ายต่อทรัพย์สิน

(๔) ถูกข่มขืน

(๕) สาธารณภัย

(๖) เหตุอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการกลั่นกรองฯ เห็นสมควร ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์การท่องเที่ยวของประเทศไทย

ข้อ ๔ รายละเอียดการช่วยเหลือเยียวยา มีดังต่อไปนี้

(๑) การเสียชีวิต ซึ่งรวมถึงค่าใช้จ่ายในการปลงศพนอกประเทศภูมิลำเนาหรือค่าใช้จ่าย ในการส่งศพหรือกระดูกของนักท่องเที่ยวกลับภูมิลำเนา ไม่เกิน ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท/คน

(๒) การสูญเสียอวัยวะถาวรสิ้นเชิง ได้แก่ การถูกตัดออกจากร่างกายตั้งแต่ข้อมือหรือข้อเท้า และให้หมายรวมถึงการสูญเสียสมรรถภาพในการใช้งานของอวัยวะดังกล่าวข้างต้น โดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่าไม่สามารถกลับมาใช้งานได้ตลอดไป ให้เหมาจ่าย ๓๐๐,๐๐๐ บาท/คน

(๓) การสูญเสียสายตา ได้แก่ ตาบอดสนิทและไม่มีทางรักษาให้หายได้ตลอดไป ให้เหมาจ่าย ๓๐๐,๐๐๐ บาท/คน

(๔) ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ได้แก่ ทุพพลภาพถึงขนาดไม่สามารถประกอบหน้าที่ใด ๆ ในอาชีพประจำและอาชีพอื่น ๆ ได้โดยสิ้นเชิงตลอดไป ให้เหมาจ่าย ๓๐๐,๐๐๐ บาท/คน

(๕) ค่ารักษาพยาบาลทางการแพทย์ รวมถึงค่าเคลื่อนย้ายภายในประเทศไทย ให้จ่ายเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน ๕๐๐,๐๐๐ บาท/คน

อัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเี่ยวยานักท่องเที่ยวชาวต่างชาตินอกจากที่กำหนดไว้ตามหลักเกณฑ์นี้ ให้ทำความตกลงกับกระทรวงการคลัง

ในกรณีที่นักท่องเที่ยวชาวต่างชาติได้รับความคุ้มครองจากกรมธรรม์ประกันภัยอื่น ๆ ให้ดำเนินการเบิกจ่ายจากกรมธรรม์ดังกล่าวก่อน โดยตามรายละเอียดการช่วยเหลือเยียวยา (๑) และ (๕) มีสิทธิขอรับเงินช่วยเหลือเยียวยาในส่วนต่างของเงินที่ได้รับตามกรมธรรม์หรือเงินแหล่งอื่น ตามที่จ่ายจริง ทั้งนี้ การขอรับเงินช่วยเหลือเยียวยาต้องไม่เกินอัตราที่กำหนดในหลักเกณฑ์นี้

ข้อ ๕ คำขอรับการช่วยเหลือเยียวยาต้องยื่นพร้อมเอกสารหลักฐาน ดังต่อไปนี้

(๑) กรณีเสียชีวิต จะต้องส่งหลักฐานดังต่อไปนี้ ภายใน ๑๕ วัน นับจากวันที่เสียชีวิต

- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เสียชีวิต พร้อมเอกสารประทับตราการเข้าประเทศ หรือหลักฐานอื่นของทางราชการ ที่สามารถระบุตัวบุคคลและยืนยันได้ว่าเป็นนักท่องเที่ยวที่เดินทางเข้ามาอย่างถูกต้องตามกฎหมาย

- สำเนาใบมรณะบัตร ระบุสาเหตุของการเสียชีวิต

- สำเนาใบรายงานการชันสูตรพลิกศพ หรือหนังสือรับรองการตาย

- สำเนาใบบันทึกประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจ

- สำเนาเอกสารแสดงความเห็นทนายโดยธรรมของผู้เสียชีวิต ที่ผ่านการรับรอง

จากสถานทูต

- หนังสือมอบอำนาจ ในกรณีมีการมอบอำนาจ

(๒) กรณีสูญเสียวัววะ สายตา ทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิง หรืออันตรายสาหัส จะต้องส่งหลักฐาน ดังต่อไปนี้ ภายใน ๑๕ วัน นับจากวันที่แพทย์ลงความเห็นว่า ผู้นั้นสูญเสียวัววะ สายตา หรือทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิง

- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้สูญเสียวัววะ สายตา หรือทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิง พร้อมเอกสารประทับตราการเข้าประเทศ หรือหลักฐานอื่นของทางราชการ ที่สามารถระบุตัวบุคคลและยืนยันได้ว่าเป็นนักท่องเที่ยวที่เดินทางเข้ามาอย่างถูกต้องตามกฎหมาย

- สำเนารายงานแพทย์ที่ยืนยันว่าสูญเสียวัววะ สายตา หรือทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิง พร้อมรูปถ่ายแสดงการสูญเสียวัววะสายตา หรือทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิง

- สำเนาบันทึกประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจ

- หนังสือมอบอำนาจ ในกรณีมีการมอบอำนาจ

(๓) กรณีรักษาพยาบาล จะต้องส่งหลักฐานดังต่อไปนี้ ภายใน ๑๕ วัน นับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือคลินิก

- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้รับการรักษาพยาบาล พร้อมเอกสารประทับตราการเข้าประเทศไทย หรือหลักฐานอื่นของทางราชการที่สามารถระบุตัวบุคคลและยืนยันได้ว่าเป็นนักท่องเที่ยวที่เดินทางเข้ามาอย่างถูกต้องตามกฎหมาย

- สำเนารายงานแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลวินิจฉัยและการรักษา

- สำเนาใบเสร็จรับเงิน หรือใบแจ้งหนี้ที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย

- สำเนาบันทึกประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจ

- หนังสือมอบอำนาจ ในกรณีมีการมอบอำนาจ

ข้อ ๖ ผลการพิจารณาของคณะกรรมการกลั่นกรองการจ่ายเงินช่วยเหลือเยียวยานักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ ให้ถือเป็นที่สุด

ข้อ ๗ การให้สิทธิผู้ขอรับเงินช่วยเหลือเยียวยา เหตุแห่งการขอรับเงินช่วยเหลือเยียวยา และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเยียวยา นอกเหนือจากที่กำหนดไว้ในข้อ ๒ ข้อ ๓ และข้อ ๔ ให้อยู่ในดุลยพินิจของปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา

ข้อ ๘ การสั่งจ่ายเงินช่วยเหลือเยียวยา ให้เป็นอำนาจของปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา

ข้อ ๙ เหตุที่เกิดตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๗ ซึ่งเกิดก่อนวันประกาศใช้หลักเกณฑ์นี้ ให้ผู้มีสิทธิยื่นขอรับการช่วยเหลือเยียวยา ภายใน ๑๕ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศใช้หลักเกณฑ์นี้

ข้อ ๑๐ ผู้ขอรับเงินช่วยเหลือเยียวยา มีสิทธิยื่นคำขอรับเงินช่วยเหลือเยียวยา ได้ถึงวันสุดท้ายคือวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๗

ข้อ ๑๑ ช่องทางยื่นคำขอรับเงินช่วยเหลือเยียวยา

๑๑.๑ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา (กองมาตรฐานและกำกับความปลอดภัยนักท่องเที่ยว เปิดทำการวันจันทร์ - ศุกร์ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.)

๑๑.๒ สำนักงานการท่องเที่ยวและกีฬาจังหวัดทั่วประเทศ (เปิดทำการวันจันทร์ - ศุกร์ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.)

๑๑.๓ ศูนย์ช่วยเหลือนักท่องเที่ยว ณ ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ และท่าอากาศยานดอนเมือง (เปิดทำการทุกวัน ตลอด ๒๔ ชั่วโมง)

๑๑.๔ ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ Email : [touristcompensation@mots.go.th](mailto:touristcompensation@mots.go.th)

๑๑.๕ ไปรษณีย์ โดยส่งไปยังกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา (กองมาตรฐานและกำกับความปลอดภัยนักท่องเที่ยว) เลขที่ ๔ ถนนราชดำเนินนอก แขวงวัดโสมนัส เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๐๐ หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๒๘๓ ๑๖๐๓ หรือ ๐ ๒๒๘๓ ๑๖๐๔

ประกาศ ณ วันที่ ๒ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๗

**สุดาวรรณ**

(นางสาวสุดาวรรณ หวังศุภกิจโกศล)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา



## Compensation Request Form for Ministry of Tourism and Sports

Date (D/M/Y).....

Name..... Surname..... Age..... Gender.....

Country..... Passport Number..... Passport Issuance date.....

Passport Expiry date..... Date of Arrival .....

Type of Visa..... Occupation.....

Address in Thailand.....

Address in Hometown.....

Tel..... Mobile..... E-Mail.....

Please specify the reason of your requests.....

.....

### Death

- Copy of Passport and proof of immigration
- Copy of Death certificate
- Copy of Autopsy report
- Copy of Police Report
- Copy of Proof of Statutory heir (Embassy Certified)
- Letter of Authorization

### Loss of body parts/ loss of eyesight/ permanent disability/ critical injury

- Copy of Passport and proof of immigration
- Copy of Medical report
- Copy of Police Report
- Letter of Authorization

### Hospitalization

- Copy of Passport and proof of immigration
- Copy of Medical report
- Copy of Receipt
- Copy of Police Report
- Letter of Authorization

### Remarks:

1. Please follow the instructions carefully and submit required documents within 15 days from the date of the incident, subject to following conditions:

- **Case of Death** : Please submit required documents within 15 days from the date of death.

- **Case of Loss of body parts/ loss of eyesight/ permanent disability/ critical injury** :

Please submit required documents within 15 days from the date of doctor's diagnosis report.

- **Hospitalization** : Please submit required documents within 15 days from the date of being discharged from the hospital.

2. If you are unable to submit required documents within designated timeframe, please contact us at E-mail: [touristcompensation@mots.go.th](mailto:touristcompensation@mots.go.th) to request an extension for another 15 days.

3. If you wish to authorize a person to proceed on your behalf, please enclose a power of attorney form.

4. The Compensation Request Form must be submitted by 15 September 2024.

.....

Signature

## Compensation Request Form for Ministry of Tourism and Sports

ผู้รับเงิน / Beneficiary	
ชื่อบัญชีผู้รับเงิน Beneficiary's A/C Name	<input style="width: 80%;" type="text"/>
ที่อยู่ผู้รับเงิน Beneficiary's address	<input style="width: 80%;" type="text"/> <input style="width: 80%;" type="text"/> <input style="width: 80%;" type="text"/>
เลขที่บัญชีผู้รับเงิน Beneficiary's A/C No./IBAN No.	<input style="width: 80%;" type="text"/>
ธนาคารผู้รับเงิน / Beneficiary's Bank	
ชื่อบริษัทผู้รับเงิน Beneficiary's Bank Name	<input style="width: 80%;" type="text"/>
สาขาและที่อยู่ธนาคาร Branch & Bank's address	<input style="width: 80%;" type="text"/> <input style="width: 80%;" type="text"/> <input style="width: 80%;" type="text"/>
รหัสธนาคาร SWIFT Code	<input style="width: 80%;" type="text"/>
รหัสธนาคาร FEDWIRE / SORT Code / BSB / Transit No. / Other	<input style="width: 80%;" type="text"/>

**Note**

.....  
 .....

.....  
 Officer Signature

.....  
 Signature

Pending Documents

<input type="checkbox"/> Copy of Passport and proof of immigration	<input type="checkbox"/> Letter of Authorization
<input type="checkbox"/> Copy of Death certificate	<input type="checkbox"/> Account number and swift code
<input type="checkbox"/> Copy of Autopsy report	<input type="checkbox"/> Bank address
<input type="checkbox"/> Copy of Police Report	<input type="checkbox"/> Copy the next of kin (a statutory heir) passport
<input type="checkbox"/> Copy of Medical Report	<input type="checkbox"/> Copy of Receipt
<input type="checkbox"/> Name of the next of kin (a statutory heir)/ relationship/ home address	
<input type="checkbox"/> Copy of Marriage registration (the case of a spouse) or Birth certificate (the case of legitimate child)	

(For Officer) →

<input type="checkbox"/> Copy of Passport and proof of immigration	<input type="checkbox"/> Letter of Authorization
<input type="checkbox"/> Copy of Death certificate	<input type="checkbox"/> Account number and swift code
<input type="checkbox"/> Copy of Autopsy report	<input type="checkbox"/> Bank address
<input type="checkbox"/> Copy of Police Report	<input type="checkbox"/> Copy of the next of kin (a statutory heir) passport
<input type="checkbox"/> Copy of Medical Report	<input type="checkbox"/> Copy of Receipt
<input type="checkbox"/> Name of the next of kin (a statutory heir)/ relationship/ home address	
<input type="checkbox"/> Copy of Marriage registration ( the case of a spouse) or Birth certificate ( the case of legitimate child)	



หนังสือมอบอำนาจ  
Letter of Authorization

วันที่(Date).....เดือน(Month)..... พ.ศ.(B.E).....  
ข้าพเจ้า นาย/นาง/ น.ส.(ชื่อตัว)..... ชื่อสกุล.....  
I, Mr./Mrs./Miss (First Name(s)) (Family Name)  
อายุ.....ปี สัญชาติ..... ที่อยู่ปัจจุบัน.....  
(Age) (Nationality) (Current address)

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/ เลขที่หนังสือเดินทาง..... ออกให้ที่.....  
( ID Card Number/ Passport Number) (Issued at)

วันที่ออกบัตร.....บัตรหมดอายุ.....หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....  
(Date of Issue) (Date of Expiration) (Reachable Contact Number)

ขอมอบอำนาจให้นาย/นาง/น.ส. (ชื่อตัว)..... ชื่อสกุล.....  
Hereby authorize and appoint Mr./Mrs./Miss (First Names(s)) (Family Name)  
อายุ.....ปี สัญชาติ..... ที่อยู่ปัจจุบัน.....  
(Age) (Nationality) (Current address)

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/ เลขที่หนังสือเดินทาง..... ออกให้ที่.....  
( ID Card Number/ Passport Number) (Issued at)

วันที่ออกบัตร.....บัตรหมดอายุ.....หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....  
(Date of Issue) (Date of Expiration) (Reachable Contact Number)

เป็นผู้ดำเนินการเกี่ยวกับการยื่นคำร้องขอรับเงินเยียวยาให้แก่ นาย/นาง/น.ส./ด.ช./ด.ญ .....อายุ.....ปี สัญชาติ.....  
as my representative to submit the compensation application for .....(Age)..... (Nationality).....  
แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจของข้าพเจ้าได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้ เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้. ทำการด้วย  
ตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อเจ้าหน้าที่และพยาน  
and to take any related actions in this regard until completion on my behalf.  
What has been done by my representative shall remain in full force and effect as if personally been done by me. In witness  
whereof, I hereby sign my names as evidence.

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจ

Signed (..... ) Grantor Authorization

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

Signed (..... ) Authorized Representative

ลงชื่อ..... พยาน

Signed (..... ) Witness

ขอรับรองว่า นาย/นาง/น.ส..... ผู้รับมอบอำนาจ ได้ลงนามต่อหน้าข้าพเจ้าจริง

I hereby certify that Mr./Mrs./Miss ..... has signed in my presence.

ลงชื่อ.....

Signed (..... )