



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 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	
ที่อยู่ผู้รับเงิน Beneficiary's address	
เลขที่บัญชีผู้รับเงิน Beneficiary's A/C No /IBAN No	
ธนาคารผู้รับเงิน Beneficiary's Bank	
ชื่อธนาคารผู้รับเงิน Beneficiary's Bank Name	
สาขาและที่อยู่ธนาคาร Branch & Bank's address	
รหัสธนาคาร SWIFT Code	รหัสธนาคาร FEDWIRE / SORT Code / BSB / Trans No / Other

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)	

Ministry of Tourism and Sports

Tel. 02-2831603 Fax 022831655 E-mail: touristcompensation@mots.go.th

.....
Officer Signature

.....
Signature



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.ญอายุ.....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 (.....)