

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

การทำบัตรประจำตัวคนพิการรายใหม่/ การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ
สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลรางพิกุล

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ ช่องทางการให้บริการ

สำนักงานปลัด

โทรศัพท์ : ๐๘-๖๑๗๐-๘๙๙๘

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์

(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๒.๐๐ น.

และ ๑๓.๐๐ – ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอ

ระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการและการออกบัตร และการกำหนดเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการ การกำหนดสิทธิหรือการเปลี่ยนแปลงสิทธิ การขอสิทธิของคนพิการและอายุบัตรประจำตัวคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๖ กำหนดว่า คนพิการซึ่งมีสัญชาติไทยไม่ว่าจะอยู่ในกรุงเทพมหานครหรือจังหวัดอื่นอาจยื่นคำขอมิบัตรต่อสำนักงาน สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ศูนย์บริการคนพิการระดับจังหวัด หรือหน่วยงานของรัฐ ตามที่ผู้อำนวยการหรือผู้ว่าราชการจังหวัดประกาศกำหนด

ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือคนไร้ความสามารถ หรือในกรณีที่คนพิการถึงขั้นไม่สามารถไปยื่นคำขอด้วยตนเองได้ ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาลหรือผู้ดูแลคนพิการแล้วแต่กรณียื่นคำขอแทนได้

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

๑. ผู้พิการยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ /
ต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ
(ระยะเวลา ๕ นาที)

งานสวัสดิการและสังคมสงเคราะห์

๒. เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลตามแบบ
(ระยะเวลา ๕ นาที)

งานสวัสดิการและสังคมสงเคราะห์

๓. เสนอผู้มีอำนาจลงนามหนังสือและจัดส่ง
ให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคง
ของมนุษย์จังหวัดนครปฐมจัดทำบัตร
ประจำตัวคนพิการ
(ระยะเวลา ๑ วัน)

งานสวัสดิการและสังคมสงเคราะห์

ระยะเวลา

ใช้เวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน ๒ วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

๑. เอกสารรับรองความพิการที่ออกโดยโรงพยาบาลของรัฐ	จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน, สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ หรือสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ	จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ	จำนวน ๑ ฉบับ
๔. รูปถ่าย ๑ นิ้ว ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน	จำนวน ๒ รูป
๕. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน, สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ ของผู้ดูแลคนพิการ	จำนวน ๑ ฉบับ
๖. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ	จำนวน ๑ ฉบับ
กรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือมีสภาพความพิการที่ไม่สามารถยื่นคำขอได้ให้ ผู้ได้รับมอบอำนาจจากคนพิการนำเอกสารมาเพิ่มเติม	
๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้รับมอบอำนาจ	จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ	จำนวน ๑ ฉบับ

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ สำนักงานปลัด
โทรศัพท์ ๐๘-๖๑๗๐-๘๙๙๘



แบบคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ

ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐
และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖

เพื่อประโยชน์ของการได้รับสิทธิและสวัสดิการตามกฎหมาย
รวมถึงผลประโยชน์อื่นใด กรุณาให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง ที่ถูกต้องและครบถ้วน



สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

รายละเอียดประกอบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปคนพิการ
ขนาด ๑ นิ้ว
อายุไม่เกิน ๖ เดือน

หน่วยงานรับคำขอ.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

๑. การขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

- ☐ ขอมีบัตรครั้งแรก
- ☐ ขอมีบัตรใหม่เนื่องจาก ☐ บัตรเดิมหมดอายุ ☐ ขำรุต
- ☐ สูญหาย ☐ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ
- ☐ ขอมีบัตรตลอดชีพ ☐ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ ☐ มีความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์

๒. เอกสารหลักฐานที่ใช้ในการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ ดังนี้

๒.๑ เอกสารของคนพิการ

- ☐ (๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาสูติบัตร หรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้
- ☐ (๒) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
- ☐ (๓) รูปถ่ายคนพิการขนาด ๑ นิ้ว ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๒ รูป (ในกรณีที่คนพิการไม่ได้มายื่นคำขอด้วยตนเอง)
- ☐ (๔) เอกสารรับรองความพิการซึ่งรับรองโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลเอกชนที่ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ประกาศกำหนด
- ☐ (๕) รูปถ่ายสภาพความพิการ กรณีคนพิการมีสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอพิจารณาสภาพความพิการ และถ่ายภาพสภาพความพิการไว้เป็นหลักฐาน โดยไม่ต้องมีเอกสารรับรองความพิการ
- ☐ (๖) กรณีคนพิการไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน แต่มีหลักฐานตามทะเบียนบ้านว่ามีสัญชาติไทยและมีเลขบัตรประจำตัวประชาชน ให้เจ้าหน้าที่รับคำขอบันทึกปากคำเจ้าบ้านหรือพยานบุคคล เพื่อยืนยันว่าเป็นบุคคลเดียวกับบุคคลที่มีชื่อตามทะเบียนบ้าน

๒.๒ เอกสารของผู้ดูแล

- ☐ (๗) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้
- ☐ (๘) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
- ☐ (๙) หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ โดยข้าราชการ หรือลูกจ้างประจำ หรือพนักงานราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือสมาชิกสภาท้องถิ่น หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือประธานชุมชน รับรองว่าบุคคลนั้นเป็นผู้ดูแลจริง โดยแนบสำเนาบัตรประจำตัวที่ทางราชการออกให้ไว้เป็นหลักฐานการรับรองด้วย

๒.๓ กรณียื่นคำขอมีบัตรฯ แทนคนพิการ

คำนำหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....
ชื่อ..... นามสกุล.....
ที่อยู่ตามทะเบียนเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... มือถือ..... โทรสาร.....
ความสัมพันธ์กับคนพิการ ☐ ผู้ปกครอง ☐ ผู้พิทักษ์ ☐ ผู้อนุบาล ☐ ผู้ดูแลคนพิการ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....
☐ สำเนาเอกสารหลักฐานของคนพิการ ตามข้อ ๑ - ข้อ ๔
☐ สำเนาเอกสารหลักฐานของผู้ดูแลคนพิการ ตามข้อ ๗ - ข้อ ๙
☐ หลักฐานอื่น ๆ ที่แสดงให้เห็นว่าได้รับมอบอำนาจจากคนพิการ หรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับคนพิการ เนื่องจากเป็น
ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ดูแลคนพิการ (เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอเป็นผู้พิจารณา)

๓. ข้อมูลคนพิการ

๓.๑ คำนำหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....
๓.๒ ชื่อ..... นามสกุล.....
๓.๓ เกิดเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.
๓.๔ สัญชาติ ☐ ไทย เลขประจำตัวประชาชน -
เลขประจำตัวอื่น ๆ (ถ้ามี)
๓.๕ ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....
๓.๖ สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ สมรสแยกกันอยู่ ☐ อยู่ด้วยกันโดยไม่สมรส
☐ หม้ายคู่สมรสเสียชีวิต ☐ หม้ายหย่าร้าง ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....
๓.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... มือถือ..... โทรสาร.....
e-mail address.....
๓.๘ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... มือถือ..... โทรสาร.....
๓.๙ การศึกษา
☐ ไม่ได้เรียน (เข้าไปทำข้อ ๑.๑๐) ☐ เรียน (ระบุวุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด)
☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย
☐ อาชีวศึกษา (ปวช.) ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)
☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพครูเทคนิคชั้นสูง (ปทส.)
☐ อุดมศึกษา ☐ อนุปริญญา สาขา.....
☐ ปริญญาตรี สาขา.....
☐ สูงกว่าปริญญาตรี วุฒิ..... สาขา.....
☐ การศึกษาของสงฆ์ ระบุ.....
☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๓.๑๐ อาชีพ

- ☐ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ (เนื่องจากพิการมากช่วยเหลือตนเองไม่ได้)
- ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....
- ☐ ประกอบอาชีพ (ระบุ)
- ☐ เกษตรกรรม ระบุ.....
- ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....
- ☐ ลูกจ้างเอกชน ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....
- ☐ รับจ้างทั่วไป ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....
- ☐ ผู้ประกอบกิจการส่วนตัว/อาชีพอิสระ ระบุ.....
- ☐ อาชีพอื่น ๆ (ระบุ)

๓.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ

- ☐ ไม่มีรายได้ ☐ มีรายได้.....บาท/เดือน

๓.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว)บาท

๓.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี) คน

๔. ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

- ๔.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ☐ มี ☐ ไม่มี (ข้ามไปทำข้อ ๕)
- ๔.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ ☐ เพิ่มผู้ดูแล ☐ เปลี่ยนผู้ดูแล โดยมีรายละเอียด ดังนี้
- (๑) คำนำนานาม ☐ เด็กชาย ☒ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....
- (๒) ชื่อ..... นามสกุล.....
- (๓) ☐ สัญชาติไทย เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□□
☒ สัญชาติอื่น ๆ (ระบุ)..... เลขประจำตัวอื่น ๆ (เช่น หนังสือเดินทาง).....
- (๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ☐ บิดา/มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร/ภรรยา ☐ พี่/น้อง
☐ ปู่/ย่า/ตา/ยาย ☐ ลุง/ป้า/น้า/อา ☐ บุคคลอื่น ๆ (ระบุ).....
- (๕) ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... มือถือ.....
โทรสาร..... e-mail address.....
- (๖) รายได้ต่อเดือน ☐ ไม่มีรายได้ ☐ มีรายได้.....บาท/เดือน
- ๔.๓ ผู้ดูแลคนพิการประสงค์ที่จะได้มีการสนับสนุนจากรัฐในเรื่องใด (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)
- ☐ การส่งเสริมการประกอบอาชีพ ☐ การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการ
- ☐ การลดหย่อนภาษี ☐ การจัดให้มีผู้ช่วยเหลือ/บุคลากรที่เกี่ยวข้องสนับสนุนบางเวลา
- ☐ การช่วยเหลือสวัสดิการอื่น ๆ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕. คนพิการมีความต้องการที่จะได้รับสิทธิในเรื่องใดต่อไปนี้

๕.๑ การบริการด้านแพทย์และสาธารณสุข

- ☐ ไม่ต้องการรับบริการ ☐ ได้รับบริการแล้ว (ระบุ).....
- ☐ ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ คำตอบ)
- ☐ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ☐ ค่ารักษาพยาบาล
- ☐ กายอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการหรือสื่อส่งเสริมพัฒนาการ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕.๒ การบริการด้านการศึกษาสำหรับคนพิการ

- ☐ ไม่ต้องการรับบริการ ☐ ได้รับบริการแล้ว ระบุ.....
- ☐ ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ คำตอบ)
- ☐ จัดหาสถานศึกษาให้เข้าเรียน ☐ สนับสนุนทุนการศึกษา
- ☐ สนับสนุนอุปกรณ์ทางการศึกษาหรือสื่อทางเลือกอื่น ๆ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕.๓ การบริการด้านประกอบอาชีพและการมีงานทำ

- ☐ ไม่ต้องการรับบริการ ☐ ได้รับบริการแล้ว (ระบุ).....
- ☐ ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ คำตอบ)
- ☐ การฝึกอบรมวิชาชีพ ☐ การประกอบอาชีพอิสระ
- ☐ การจัดหางานในสถานประกอบการเอกชน ☐ การจัดหางานในหน่วยงานของรัฐ
- ☐ การสนับสนุนทุนประกอบอาชีพ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕.๔ การได้รับสวัสดิการสังคมจากรัฐ

- ☐ ไม่ต้องการรับบริการ ☐ ได้รับบริการแล้ว (ระบุ).....
- ☐ ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ คำตอบ)
- ☐ การจัดให้มีผู้ช่วยคนพิการ ☐ การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวก
- ☐ สวัสดิการเบี้ยความพิการ ☐ การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย
- ☐ การให้บริการล่ามภาษามือ ☐ การลดหย่อนภาษี/ค่าบริการจากรายได้
- ☐ การส่งเสริมการอุปการะเลี้ยงดู ☐ การสนับสนุนความเข้มแข็งขององค์กรด้านคนพิการ
- ☐ การสนับสนุนสามล้อโยก ☐ เทคโนโลยีสารสนเทศ การสื่อสาร และโทรคมนาคม
- ☐ หรือรถเข็นสำหรับคนพิการ
- ☐ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกีฬา นันทนาการ ☐ การกู้ยืมเงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
- ☐ การร้องขอให้มีการจัดการเลือกปฏิบัติและช่วยเหลือทางกฎหมาย ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕.๕ สภาพความเดือดร้อนของคนพิการ (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

- ☐ ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร ☐ ไม่มีที่อยู่อาศัย ☐ ไม่มีงานทำ ☐ ไม่มีรายได้
- ☐ ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ ☐ ไม่มีโอกาสเรียนหนังสือ ☐ ไม่ได้รับการฝึกอาชีพ
- ☐ ไม่มีเงินทุนประกอบอาชีพ ☐ มีรายได้ไม่พอแก่การครองชีพ ☐ ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู
- ☐ ครอบครัวหรือผู้อุปการะมีฐานะยากจน ☐ ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ☐ มีความลำบากเมื่อออกนอกบ้าน เช่น การเดินทางบนท้องถนน หรือไปติดต่อสถานที่ราชการ
- ☐ ถูกกีดกันไม่ให้มีโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม ☐ เรื่องอื่น ๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการ เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้ยื่นคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการครบถ้วน และเห็นควรให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการได้

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

- ☐ อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ ตามแบบคำขอมีบัตรฯ
- ☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....
- ☐ ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

แบบและรายละเอียดของสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์

สถานที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

ได้ประเมิน ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว

เลขประจำตัวประชาชน ----

พบว่า มีความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ ตามประกาศสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ เรื่อง แบบและรายละเอียดของสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ พร้อมทั้งได้แนบภาพถ่ายมาด้วย ดังนี้

๑. ประเภทความพิการทางการเห็น
 - ☐ ไม่มีลูกตาทั้งสองข้าง
 - ☐ ไม่มีลูกตาดำทั้งสองข้าง
 - ☐ ลูกตาสีขาวขุ่นทั้งสองข้าง
 - ☐ ลูกตาฝ่อทั้งสองข้าง
๒. ประเภทความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
 - ☐ ไม่มีหูทั้งสองข้าง
๓. ประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
 - ☐ แขนขาตั้งแต่ระดับข้อมือขึ้นไป อย่างน้อยหนึ่งข้าง
 - ☐ ขาขาตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นไป อย่างน้อยหนึ่งข้าง

การเกิดความพิการ

- ☐ ตั้งแต่เกิด ☐ ภายหลัง จำนวน.....ปีเดือน

สาเหตุของความพิการ

- ☐ กรรมพันธุ์ ☐ โรคติดเชื้อ ☐ อุบัติเหตุ
- ☐ โรคอื่น ๆ ระบุ..... ☐ ไม่ทราบสาเหตุ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร



แบบคำขออนุญาตประกอบกิจการ

ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐
และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖

เพื่อประโยชน์ของการได้รับสิทธิและสวัสดิการตามกฎหมาย
รวมถึงผลประโยชน์อื่นใด กรุณาให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง ที่ถูกต้องและครบถ้วน



สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

รายละเอียดประกอบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปคนพิการ
ขนาด ๑ นิ้ว
อายุไม่เกิน ๖ เดือน

หน่วยงานรับคำขอ สมท.ท่าพิบูล
วันที่ 25 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2558

๑. การขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

- ☒ ขอมีบัตรครั้งแรก
- ☐ ขอมีบัตรใหม่เนื่องจาก ☐ บัตรเดิมหมดอายุ ☐ ชำรุด
- ☐ สูญหาย ☐ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ
- ☐ ขอมีบัตรตลอดชีพ ☐ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ ☐ มีความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์

๒. เอกสารหลักฐานที่ใช้ในการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ ดังนี้

๒.๑ เอกสารของคนพิการ

- ☒ (๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาสูติบัตร หรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้ จำนวน ๑ ฉบับ
- ☒ (๒) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
- ☒ (๓) รูปถ่ายคนพิการขนาด ๑ นิ้ว ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๒ รูป (ในกรณีที่คนพิการไม่ได้มายื่นคำขอด้วยตนเอง)
- ☒ (๔) เอกสารรับรองความพิการซึ่งรับรองโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลเอกชนที่ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ประกาศกำหนด
- ☐ (๕) รูปถ่ายสภาพความพิการ กรณีคนพิการมีสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอพิจารณาสภาพความพิการ และถ่ายภาพสภาพความพิการไว้เป็นหลักฐาน โดยไม่ต้องมีเอกสารรับรองความพิการ
- ☐ (๖) กรณีคนพิการไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน แต่มีหลักฐานตามทะเบียนบ้านว่ามีสัญชาติไทยและมีเลขบัตรประจำตัวประชาชน ให้เจ้าหน้าที่รับคำขอบันทึกปากคำเจ้าบ้านหรือพยานบุคคล เพื่อยืนยันว่าเป็นบุคคลเดียวกับบุคคลที่มีชื่อตามทะเบียนบ้าน

๒.๒ เอกสารของผู้ดูแลคนพิการ

- ☒ (๗) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้
- ☒ (๘) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
- ☐ (๙) หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ โดยข้าราชการ หรือลูกจ้างประจำ หรือพนักงานราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือสมาชิกสภาท้องถิ่น หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือประธานชุมชน รับรองว่าบุคคลนั้นเป็นผู้ดูแลจริง โดยแนบสำเนาบัตรประจำตัวที่ทางราชการออกให้ไว้เป็นหลักฐานการรับรองด้วย

๒.๓ กรณียื่นคำขอมิบัตรฯ แทนคนพิการ

คำนำหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

ชื่อ.....นามสกุล.....

ที่อยู่ตามทะเบียนเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร.....

ความสัมพันธ์กับคนพิการ ☐ ผู้ปกครอง ☐ ผู้พิทักษ์ ☐ ผู้อนุบาล ☐ ผู้ดูแลคนพิการ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

☐ ลำเนาเอกสารหลักฐานของคนพิการ ตามข้อ ๑ - ข้อ ๔

☐ ลำเนาเอกสารหลักฐานของผู้ดูแลคนพิการ ตามข้อ ๗ - ข้อ ๙

☐ หลักฐานอื่น ๆ ที่แสดงให้เห็นว่าได้รับมอบอำนาจจากคนพิการ หรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับคนพิการ เนื่องจากเป็นผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ดูแลคนพิการ (เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอเป็นผู้พิจารณา)

๓. ข้อมูลคนพิการ

๓.๑ คำนำหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☒ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๓.๒ ชื่อ.....นามสกุล.....

๓.๓ เกิดเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

๓.๔ สัญชาติ ☒ ไทย เลขประจำตัวประชาชน ๙-๖๖๖๖๖-๖๖๖๖๖๖-๖๖๖-๖๖๖

เลขประจำตัวอื่น ๆ (ถ้ามี)

๓.๕ ศาสนา ☒ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๓.๖ สถานภาพสมรส ☒ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ สมรสแยกกันอยู่ ☐ อยู่ด้วยกันโดยไม่สมรส

☐ หม้ายคู่สมรสเสียชีวิต ☐ หม้ายหย่าร้าง ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๓.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร.....

e-mail address.....

๓.๘ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร.....

๓.๙ การศึกษา

☐ ไม่ได้เรียน (ข้ามไปทำข้อ ๑.๑๐) ☐ เรียน (ระบุวุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด)

☐ ประถมศึกษา ☒ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ อาชีวศึกษา (ปวช.) ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพครูเทคนิคชั้นสูง (ปทส.)

☐ อุดมศึกษา ☐ อนุปริญญา สาขา.....

☐ ปริญญาตรี สาขา.....

☐ สูงกว่าปริญญาตรี วุฒิ..... สาขา.....

☐ การศึกษาของสงฆ์ ระบุ.....

☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๓.๑๐ อาชีพ

- ☒ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ (เนื่องจากพิการมากช่วยเหลือตนเองไม่ได้)
- ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....
- ☐ ประกอบอาชีพ (ระบุ)
- ☐ เกษตรกรรม ระบุ.....
- ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....
- ☐ ลูกจ้างเอกชน ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....
- ☐ รับจ้างทั่วไป ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....
- ☐ ประกอบกิจการส่วนตัว/อาชีพอิสระ ระบุ.....
- ☐ อาชีพอื่น ๆ (ระบุ)

๓.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ

- ☒ ไม่มีรายได้ ☐ มีรายได้.....บาท/เดือน

๓.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว) - 5,000.-บาท

๓.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี) คน

๔. ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

๔.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ☒ มี ☐ ไม่มี (ข้ามไปทำข้อ ๕)

๔.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ ☐ เพิ่มผู้ดูแล ☐ เปลี่ยนผู้ดูแล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(๑) คำนำนานาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☒ นางสาว ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

(๒) ชื่อ.....นามสกุล.....

(๓) ☐ สัญชาติไทย เลขประจำตัวประชาชน 7-3108-45421-00-3

☐ สัญชาติอื่น ๆ (ระบุ).....เลขประจำตัวอื่น ๆ (เช่น หนังสือเดินทาง).....

(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ☐ บิดา/มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร/ภรรยา ☒ พี่/น้อง

☐ ปู่/ย่า/ตา/ยาย ☐ ลุง/ป้า/น้า/อา ☐ บุคคลอื่น ๆ (ระบุ).....

(๕) ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 5 หมู่ที่ 3 ตรอก/ซอย.....ถนน.....

หมู่บ้าน ไร่คต ตำบล/แขวง รามพฤ อำเภอสระแก้ว

จังหวัด นครราชสีมา รหัสไปรษณีย์ 3140 โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

โทรสาร.....e-mail address.....

(๖) รายได้ต่อเดือน ☐ ไม่มีรายได้ ☒ มีรายได้ - 5,000.-บาท/เดือน

๔.๓ ผู้ดูแลคนพิการประสงค์ที่จะได้รับการสนับสนุนจากรัฐในเรื่องใด (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ☐ การส่งเสริมการประกอบอาชีพ ☐ การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการ
- ☐ การลดหย่อนภาษี ☐ การจัดให้มีผู้ช่วยเหลือ/บุคลากรที่เกี่ยวข้องสนับสนุนบางเวลา
- ☒ การช่วยเหลือสวัสดิการอื่น ๆ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕. คนพิการมีความต้องการที่จะได้รับสิทธิในเรื่องใดต่อไปนี้

๕.๑ การบริการด้านแพทย์และสาธารณสุข

☐ ไม่ต้องการรับบริการ

☒ ได้รับบริการแล้ว (ระบุ).....

เข้ารับการรักษามากโดยไม่ได้เสียค่ารักษา

☐ ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

☐ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

☐ ค่ารักษาพยาบาล

☐ กายอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการหรือสื่อส่งเสริมพัฒนาการ

☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕.๒ การบริการด้านการศึกษาสำหรับคนพิการ

☒ ไม่ต้องการรับบริการ

☐ ได้รับบริการแล้ว ระบุ.....

☐ ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

☐ จัดหาสถานศึกษาให้เข้าเรียน

☐ สนับสนุนทุนการศึกษา

☐ สนับสนุนอุปกรณ์ทางการศึกษาหรือสื่อทางเลือกอื่น ๆ

☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕.๓ การบริการด้านประกอบอาชีพและการมีงานทำ

☒ ไม่ต้องการรับบริการ

☐ ได้รับบริการแล้ว (ระบุ).....

☐ ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

☐ การฝึกอบรมวิชาชีพ

☐ การประกอบอาชีพอิสระ

☐ การจัดหางานในสถานประกอบการเอกชน

☐ การจัดหางานในหน่วยงานของรัฐ

☐ การสนับสนุนทุนประกอบอาชีพ

☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕.๔ การได้รับสวัสดิการสังคมจากรัฐ

☒ ไม่ต้องการรับบริการ

☐ ได้รับบริการแล้ว (ระบุ).....

☐ ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

☐ การจัดให้มีผู้ช่วยคนพิการ

☐ การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวก

☐ สวัสดิการเบี้ยความพิการ

☐ การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

☐ การให้บริการล่ามภาษามือ

☐ การลดหย่อนภาษี/ค่าบริการจากรายได้

☐ การส่งเสริมการอุปการะเลี้ยงดู

☐ การสนับสนุนความเข้มแข็งขององค์กรด้านคนพิการ

☐ การสนับสนุนสามล้อโยก

☐ เทคโนโลยีสารสนเทศ การสื่อสาร และโทรคมนาคม

หรือรถเข็นสำหรับคนพิการ

☐ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกีฬา นันทนาการ ☐ การกู้ยืมเงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

☐ การร้องขอให้มีการจัดการเลือกปฏิบัติและช่วยเหลือทางกฎหมาย

☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕.๕ สภาพความเดือดร้อนของคนพิการ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

☐ ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร

☐ ไม่มีที่อยู่อาศัย

☐ ไม่มีงานทำ

☐ ไม่มีรายได้

☐ ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ

☐ ไม่มีโอกาสเรียนหนังสือ

☐ ไม่ได้รับการฝึกอาชีพ

☐ ไม่มีเงินทุนประกอบอาชีพ

☐ มีรายได้ไม่พอแก่การครองชีพ

☐ ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู

☒ ครอบครัวหรือผู้อุปการะมีฐานะยากจน

☐ ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ

☐ มีความลำบากเมื่อออกนอกบ้าน เช่น การเดินทางบนท้องถนน หรือไปติดต่อสถานที่ราชการ

☐ ถูกกีดกันไม่ให้มีโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม

☐ เรื่องอื่น ๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ☒ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผย
ข้อมูลส่วนบุคคลของคณพิการและผู้ดูแลคณพิการ เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคณพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.....
(นาย ไชยศักดิ์ นิลาก)

ผู้ยื่นคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรประจำตัวคณพิการครบถ้วน และเห็นควรให้ออกบัตรประจำตัวคณพิการได้

ลงชื่อ.....
(นางสาวปณิตดา พุฒวรรณ)

นักพัฒนาชุมชน

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

- ☐ อนุมัติออกบัตรประจำตัวคณพิการ ตามแบบคำขอมีบัตรฯ
- ☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....
- ☐ ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ.....
(นางสาวชวนชม จันทะวงษ์)
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครปฐม

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

แบบและรายละเอียดของสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์

สถานที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

ได้ประเมิน ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□

พบว่า มีความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ ตามประกาศสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต
คนพิการแห่งชาติ เรื่อง แบบและรายละเอียดของสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ พร้อมทั้งได้แนบภาพถ่าย
มาด้วย ดังนี้

๑. ประเภทความพิการทางการเห็น

- ☐ ไม่มีลูกตาทั้งสองข้าง
☐ ไม่มีลูกตาดำทั้งสองข้าง
☐ ลูกตาสีขาวขุ่นทั้งสองข้าง
☐ ลูกตาฝ่อทั้งสองข้าง

๒. ประเภทความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย

- ☐ ไม่มีหูทั้งสองข้าง

๓. ประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

- ☐ แขนขาตั้งแต่ระดับข้อมือขึ้นไป อย่างน้อยหนึ่งข้าง
☐ ขาขาตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นไป อย่างน้อยหนึ่งข้าง

การเกิดความพิการ

- ☐ ตั้งแต่เกิด ☐ ภายหลัง จำนวน.....ปีเดือน

สาเหตุของความพิการ

- ☐ กรรมพันธุ์ ☐ โรคติดเชื้อ ☐ อุบัติเหตุ
☐ โรคอื่น ๆ ระบุ..... ☐ ไม่ทราบสาเหตุ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร



แบบคำขออนุญาตประกอบอาชีพ

ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐
และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖

เพื่อประโยชน์ของการได้รับสิทธิและสวัสดิการตามกฎหมาย
รวมถึงผลประโยชน์อื่นใด กรุณาให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง ที่ถูกต้องและครบถ้วน



สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

รายละเอียดประกอบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปคนพิการ
ขนาด ๑ นิ้ว
อายุไม่เกิน ๖ เดือน

หน่วยงานรับคำขอ คมท. วังพิศ
วันที่ 26 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558

๑. การขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

- ☒ ขอมีบัตรครั้งแรก
- ☐ ขอมีบัตรใหม่เนื่องจาก ☐ บัตรเดิมหมดอายุ ☐ ขำรด
- ☐ ขอมีบัตรใหม่เนื่องจาก ☐ สูญหาย ☐ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ
- ☐ ขอมีบัตรตลอดชีพ ☐ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ ☐ มีความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์

๒. เอกสารหลักฐานที่ใช้ในการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ ดังนี้

๒.๑ เอกสารของคนพิการ

- ☒ (๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาสูติบัตร หรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้ จำนวน ๑ ฉบับ
- ☒ (๒) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
- ☒ (๓) รูปถ่ายคนพิการขนาด ๑ นิ้ว ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๒ รูป (ในกรณีที่คนพิการไม่ได้มายื่นคำขอด้วยตนเอง)
- ☒ (๔) เอกสารรับรองความพิการซึ่งรับรองโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลเอกชนที่ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ประกาศกำหนด
- ☐ (๕) รูปถ่ายสภาพความพิการ กรณีคนพิการมีสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอพิจารณาสภาพความพิการ และถ่ายภาพสภาพความพิการไว้เป็นหลักฐาน โดยไม่ต้องมีเอกสารรับรองความพิการ
- ☐ (๖) กรณีคนพิการไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน แต่มีหลักฐานตามทะเบียนบ้านว่ามีสัญชาติไทยและมีเลขบัตรประจำตัวประชาชน ให้เจ้าหน้าที่รับคำขอบันทึกปากคำเจ้าบ้านหรือพยานบุคคล เพื่อยืนยันว่าเป็นบุคคลเดียวกับบุคคลที่มีชื่อตามทะเบียนบ้าน

๒.๒ เอกสารของผู้ดูแลคนพิการ

- ☒ (๗) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้
- ☒ (๘) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
- ☐ (๙) หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ โดยข้าราชการ หรือลูกจ้างประจำ หรือพนักงานราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือสมาชิกสภาท้องถิ่น หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือประธานชุมชน รับรองว่าบุคคลนั้นเป็นผู้ดูแลจริง โดยแนบสำเนาบัตรประจำตัวที่ทางราชการออกให้ไว้เป็นหลักฐานการรับรองด้วย

๒.๓ กรณียื่นคำขอมีบัตรฯ แทนคนพิการ

คำนำหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☒ นางสาว ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

ชื่อ.....นามสกุล.....

ที่อยู่ตามทะเบียนเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร.....

ความสัมพันธ์กับคนพิการ ☐ ผู้ปกครอง ☐ ผู้พิทักษ์ ☐ ผู้อนุบาล ☒ ผู้ดูแลคนพิการ ☒ อื่น ๆ (ระบุ).....

☒ สำเนาเอกสารหลักฐานของคนพิการ ตามข้อ ๑ - ข้อ ๔

☒ สำเนาเอกสารหลักฐานของผู้ดูแลคนพิการ ตามข้อ ๗ - ข้อ ๙

☐ หลักฐานอื่น ๆ ที่แสดงให้เห็นว่าได้รับมอบอำนาจจากคนพิการ หรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับคนพิการ เนื่องจากเป็นผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ดูแลคนพิการ (เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอเป็นผู้พิจารณา)

๓. ข้อมูลคนพิการ

๓.๑ คำนำหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☒ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๓.๒ ชื่อ.....นามสกุล.....

๓.๓ เกิดเมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ.

๓.๔ สัญชาติ ☐ ไทย เลขประจำตัวประชาชน [1]-[2][3][4][5]-[6][7][8][9][0]-[1][2]-[3]

เลขประจำตัวอื่น ๆ (ถ้ามี)

๓.๕ ศาสนา ☒ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๓.๖ สถานภาพสมรส ☒ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ สมรสแยกกันอยู่ ☐ อยู่ด้วยกันโดยไม่สมรส

☐ หม้ายคู่สมรสเสียชีวิต ☐ หม้ายหย่าร้าง ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๓.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร.....

e-mail address.....

๓.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร.....

๓.๙ การศึกษา

☐ ไม่ได้เรียน (เข้าไปทำข้อ ๑.๑๐) ☐ เรียน (ระบุวุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด)

☐ ประถมศึกษา ☒ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ อาชีวศึกษา (ปวช.) ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพครูเทคนิคชั้นสูง (ปทส.)

☐ อุดมศึกษา ☐ อนุปริญญา สาขา.....

☐ ปริญญาตรี สาขา.....

☐ สูงกว่าปริญญาตรี วุฒิ..... สาขา.....

☐ การศึกษาของสงฆ์ ระบุ.....

☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๓.๑๐ อาชีพ

- ☒ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ (เนื่องจากพิการมากช่วยเหลือตนเองไม่ได้)
- ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....
- ☐ ประกอบอาชีพ (ระบุ)
- ☐ เกษตรกรรม ระบุ.....
- ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....
- ☐ ลูกจ้างเอกชน ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....
- ☐ รับจ้างทั่วไป ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....
- ☐ ประกอบกิจการส่วนตัว/อาชีพอิสระ ระบุ.....
- ☐ อาชีพอื่น ๆ (ระบุ)

๓.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ

- ☒ ไม่มีรายได้ ☐ มีรายได้.....บาท/เดือน

๓.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว) - 5000.-บาท

๓.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี) คน

๔. ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

- ๔.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ☒ มี ☐ ไม่มี (ข้ามไปทำข้อ ๕)
- ๔.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ ☐ เพิ่มผู้ดูแล ☐ เปลี่ยนผู้ดูแล โดยมีรายละเอียด ดังนี้
- (๑) คำนำนานาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☒ นางสาว ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....
- (๒) ชื่อ..... สมศรี นามสกุล..... คิมโพ
- (๓) ☐ สัญชาติไทย เลขประจำตัวประชาชน ๗-๖๑๐๘-๗๕๔๕๑-๐๐-๖
- ☐ สัญชาติอื่น ๆ (ระบุ)..... เลขประจำตัวอื่น ๆ (เช่น หนังสือเดินทาง).....
- (๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ☐ บิดา/มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร/ภรรยา ☒ พี่/น้อง
- ☐ ปู่/ย่า/ตา/ยาย ☐ ลุง/ป้า/น้า/อา ☐ บุคคลอื่น ๆ (ระบุ).....
- (๕) ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
- หมู่บ้าน..... ไร่คตี่ ตำบล/แขวง..... รางพิกุล อำเภอ/เขต..... กำแพงเขต
- จังหวัด..... นครราชสีมา รหัสไปรษณีย์..... ๓๖๑๐๐ โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....
- โทรสาร..... e-mail address.....
- (๖) รายได้ต่อเดือน ☐ ไม่มีรายได้ ☒ มีรายได้..... - 5000.-บาท/เดือน

๔.๓ ผู้ดูแลคนพิการประสงค์ที่จะได้รับการสนับสนุนจากรัฐในเรื่องใด (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ☐ การส่งเสริมการประกอบอาชีพ ☐ การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการ
- ☐ การลดหย่อนภาษี ☐ การจัดให้มีผู้ช่วยเหลือ/บุคลากรที่เกี่ยวข้องสนับสนุนบางเวลา
- ☒ การช่วยเหลือสวัสดิการอื่น ๆ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕. คนพิการมีความต้องการที่จะได้รับสิทธิในเรื่องต่อไปนี้

๕.๑ การบริการด้านแพทย์และสาธารณสุข

- ☐ ไม่ต้องการรับบริการ ☒ ได้รับบริการแล้ว (ระบุ) เข้ารักษาที่โรงพยาบาลโดยไม่เสียค่ารักษา
- ☐ ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)
- ☐ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ☐ ค่ารักษาพยาบาล
- ☐ กายอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการหรือสื่อส่งเสริมพัฒนาการ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕.๒ การบริการด้านการศึกษาสำหรับคนพิการ

- ☒ ไม่ต้องการรับบริการ ☐ ได้รับบริการแล้ว ระบุ.....
- ☐ ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)
- ☐ จัดหาสถานศึกษาให้เข้าเรียน ☐ สนับสนุนทุนการศึกษา
- ☐ สนับสนุนอุปกรณ์ทางการศึกษาหรือสื่อทางเลือกอื่น ๆ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕.๓ การบริการด้านประกอบอาชีพและการมีงานทำ

- ☒ ไม่ต้องการรับบริการ ☐ ได้รับบริการแล้ว (ระบุ).....
- ☐ ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)
- ☐ การฝึกอบรมวิชาชีพ ☐ การประกอบอาชีพอิสระ
- ☐ การจัดหางานในสถานประกอบการเอกชน ☐ การจัดหางานในหน่วยงานของรัฐ
- ☐ การสนับสนุนทุนประกอบอาชีพ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕.๔ การได้รับสวัสดิการสังคมจากรัฐ

- ☒ ไม่ต้องการรับบริการ ☐ ได้รับบริการแล้ว (ระบุ).....
- ☐ ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)
- ☐ การจัดให้มีผู้ช่วยคนพิการ ☐ การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวก
- ☐ สวัสดิการเบี้ยความพิการ ☐ การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย
- ☐ การให้บริการล่ามภาษามือ ☐ การลดหย่อนภาษี/ค่าบริการจากรายได้
- ☐ การส่งเสริมการอุปการะเลี้ยงดู ☐ การสนับสนุนความเข้มแข็งขององค์กรด้านคนพิการ
- ☐ การสนับสนุนสามล้อโยก ☐ เทคโนโลยีสารสนเทศ การสื่อสาร และโทรคมนาคม
- ☐ หรือรถเข็นสำหรับคนพิการ
- ☐ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกีฬา นันทนาการ ☐ การกู้ยืมเงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
- ☐ การร้องขอให้มีการจัดการเลือกปฏิบัติและช่วยเหลือทางกฎหมาย ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕.๕ สภาพความเดือดร้อนของคนพิการ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ☐ ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร ☐ ไม่มีที่อยู่อาศัย ☐ ไม่มีงานทำ ☐ ไม่มีรายได้
- ☐ ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ ☐ ไม่มีโอกาสเรียนหนังสือ ☐ ไม่ได้รับการฝึกอาชีพ
- ☐ ไม่มีเงินทุนประกอบอาชีพ ☐ มีรายได้ไม่พอแก่การครองชีพ ☐ ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู
- ☒ ครอบครัวหรือผู้อุปการะมีฐานะยากจน ☐ ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ☐ มีความลำบากเมื่อออกนอกบ้าน เช่น การเดินทางบนท้องถนน หรือไปติดต่อสถานที่ราชการ
- ☐ ถูกกีดกันไม่ให้มีโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม ☐ เรื่องอื่น ๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ☒ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผย
ข้อมูลส่วนบุคคลของคณพิการและผู้ดูแลคณพิการ เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคณพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.....

(สมศักดิ์ สมศักดิ์)

ผู้ยื่นคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรประจำตัวคณพิการครบถ้วน และเห็นควรให้ออกบัตรประจำตัวคณพิการได้

ลงชื่อ.....

(นางสาวปนัดดา พุฒวรรณ)

ตำแหน่ง.....

นักพัฒนาชุมชน

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

☐ อนุมัติออกบัตรประจำตัวคณพิการ ตามแบบคำขอมีบัตรฯ

☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

☐ ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ.....

(นางสาวชนชม จันทะวงษ์)

ตำแหน่ง.....

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครปฐม

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

แบบและรายละเอียดของสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์

สถานที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

ได้ประเมิน ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□

พบว่า มีความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ ตามประกาศสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต
คนพิการแห่งชาติ เรื่อง แบบและรายละเอียดของสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ พร้อมทั้งได้แนบภาพถ่าย
มาด้วย ดังนี้

๑. ประเภทความพิการทางการเห็น

- ☐ ไม่มีลูกตาทั้งสองข้าง
- ☐ ไม่มีลูกตาดำทั้งสองข้าง
- ☐ ลูกตาสีขาวขุ่นทั้งสองข้าง
- ☐ ลูกตาฝ่อทั้งสองข้าง

๒. ประเภทความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย

- ☐ ไม่มีหูทั้งสองข้าง

๓. ประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

- ☐ แขนขาตั้งแต่ระดับข้อมือขึ้นไป อย่างน้อยหนึ่งข้าง
- ☐ ขาขาตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นไป อย่างน้อยหนึ่งข้าง

การเกิดความพิการ

- ☐ ตั้งแต่เกิด
- ☐ ภายหลัง จำนวน.....ปีเดือน

สาเหตุของความพิการ

- ☐ กรรมพันธุ์
- ☐ โรคติดเชื้อ
- ☐ อุบัติเหตุ
- ☐ โรคอื่น ๆ ระบุ.....
- ☐ ไม่ทราบสาเหตุ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร