



แบบคำขอรับประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย
คนพิการ

หน่วยงานรับคำขอ.....
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

- ขอรับประจำตัวคนพิการ
- ขอรับประจำตัวคนพิการเนื่องจาก
 - อายุต่ำกว่า 16 ปี
 - บัตรเดินทางต่างด้าว
 - บัตรเดินทางต่างประเทศ
 - สัญชาติไทย
 - ภารกิจต่างประเทศ
 - อายุครบรอบสิบปีบริบูรณ์
 - มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ
 - ชำรุด

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

- ๑.๑ คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นางสาว อื่น ๆ (ระบุ)
- ๑.๒ ชื่อ..... นามสกุล.....
- ๑.๓ เกิดเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.
- ๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน
- ๑.๕ ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่น ๆ (ระบุ)
- ๑.๖ สถานภาพสมรส โสด สมรสอยู่ด้วยกัน หม้าย
- ๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....
- ๑.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....

๑.๙ การศึกษา

- ไม่ได้เรียน

จบการศึกษาชั้นสูงสุด

- ประถมศึกษา
- มัธยมศึกษาตอนต้น
- มัธยมศึกษาตอนปลาย
- ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)
- ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)
- อนุปริญญา ระดับสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
- ปริญญาตรี ระดับสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
- สูงกว่าปริญญาตรี ระดับสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
- อื่น ๆ (ระบุ)

๑.๑๐ อาชีพ

- ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....

ประกอบอาชีพ

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> เกษตรกรรม | <input type="checkbox"/> รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | <input type="checkbox"/> ลูกจ้างเอกชน |
| <input type="checkbox"/> รับจ้างทั่วไป | <input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว | <input type="checkbox"/> อาชีพอื่น ๆ (ระบุ) |

๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ..... บาท/เดือน

๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว)..... บาท

๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี) คน

๑.๑๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ
ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- ทางการเห็น ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
 ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ทางสติปัญญา ทางเรียนรู้ ทางอุทิสติก

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ไม่มี มี (กรอกข้อมูลข้อ ๓.๒)

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- (๑) คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆ(ระบุ)
 (๒) ชื่อ..... นามสกุล.....
 (๓) เลขประจำตัวประชาชน (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)
 เลขหนังสือเดินทาง
 (๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ พี่ดามารดา บุตร สามีหรือภรรยา พี่น้อง
 ปู่ย่าตายาย ลูกป้าน้า/or บุคคลอื่น(ระบุ).....
 (๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
 หมู่บ้าน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
 มือถือ.....โทรศัพท์.....e-mail.....
 (๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล.....บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ยินยอม ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผย
ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.....
(.....)

คนพิการ

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน

เลขประจำตัวประชาชน - - - - - - - -

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบทั่ว เห็นควร ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ
 ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวง
 การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
 ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร