



แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550

แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ
ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐

- ขอมีบัตรใหม่ ขอมีบัตรใหม่เนื่องจากบัตรเดิมหมดอายุ
 ขอมีบัตรใหม่เนื่องจากชำรุด/สูญหาย/มีการแก้ไขข้อมูลสำคัญ

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว / อื่นๆ (ระบุ) อายุ ปี
อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน ชื่อหมู่บ้าน
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์ โทรสาร Email Address

- เป็นคนพิการ หรือ
 ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ดูแลคนพิการ ให้ระบุความสัมพันธ์กับคนพิการ

มีความประสงค์จะขอมีบัตรประจำตัวคนพิการตามมาตรา ๑๙ ต่อนายทะเบียน พร้อมนี้ได้แนบเอกสารมาประกอบการยื่นคำขอครั้งนี้ ได้แก่

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ หรือสำเนาสูติบัตรของคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
 สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
 รูปถ่ายของคนพิการ ขนาด ๑ นิ้ว ไม่สวมหมวกหรือแว่นตาดำ ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๒ รูป
 ใบรับรองความพิการซึ่งออกโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลเอกชนที่เลขาธิการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติกำหนด จำนวน ๑ ฉบับ หรือ
 กรณีคนพิการมายื่นคำขอด้วยตนเองและเห็นว่าสภาพความพิการสามารถเห็นได้โดยประจักษ์ชัดเจน จึงมีความประสงค์จะให้นายทะเบียนได้พิจารณา โดยไม่มีใบรับรองความพิการ
 กรณีเป็นผู้ดูแลคนพิการ ได้แนบสำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ ๑ ฉบับ หรือ
 กรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นบิดามารดาของคนพิการ และมีชื่อในทะเบียนบ้านเลขที่เดียวกันกับคนพิการไม่ต้องแนบสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยื่นคำขอแทนก็ได้
 หลักฐานอื่นๆ ที่แสดงให้เห็นว่าได้รับมอบอำนาจจากคนพิการ หรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับคนพิการเนื่องจากเป็นผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ดูแลคนพิการ (เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอพิจารณา)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการได้

ลงชื่อ
(.....)

ผู้ยื่นคำขอ

รายละเอียดประกอบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

(เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ขอให้กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ให้มากที่สุด โดยให้ดำเนินการทั้งกรณีการขอมีบัตรใหม่ และกรณีขอมีบัตรใหม่เนื่องจากบัตรเดิมหมดอายุ/ชำรุด/สูญหาย/มีการแก้ไขข้อมูลสำคัญ

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้อ ๑ หน่วยงานที่รับคำขอ

ข้อ ๒ ชื่อ สกุล ตำแหน่ง

(เจ้าหน้าที่สอบข้อเท็จจริง)

ข้อ ๓ ข้อมูลส่วนตัวเกี่ยวกับคนพิการ

๓.๑ คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆ (ระบุ)

๓.๒ ชื่อ นามสกุล

๓.๓ เกิดเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

๓.๔ เลขประจำตัวประชาชน

๓.๕ ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ ระบุ

๓.๖ สถานภาพสมรส โสด สมรสอยู่ด้วยกัน สมรสแยกกันอยู่ หม้ายหย่าร้าง

หม้ายคู่สมรสเสียชีวิต อยู่ด้วยกันโดยไม่สมรส อื่นๆ (ระบุ)

๓.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน

หมู่บ้าน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร Email Address

๓.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน

หมู่บ้าน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร Email Address

๓.๙ สำเร็จการศึกษาชั้นสูงสุด

อายุถึงเกณฑ์แต่ไม่ได้เรียน อายุไม่ถึงเกณฑ์ที่จะเรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา

ประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปวช. ปวส. ปวท. อนุปริญญา ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี

๓.๑๐ การประกอบอาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ลูกจ้างภาคเอกชน

รับจ้างทั่วไป ผู้ประกอบกิจการส่วนตัว/อาชีพอิสระ/ธุรกิจ อื่นๆ ระบุ

๓.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการต่อเดือน

ไม่มีรายได้ มีรายได้ บาท

๓.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว) บาท

๓.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี) คน

ข้อ ๔ ข้อมูลเกี่ยวกับประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ/ความบกพร่อง

- ๔.๑ สภาพความพิการจากใบรับรองความพิการ ออกโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของสถานพยาบาลของรัฐ
สถานพยาบาลเอกชนที่เลขาธิการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติกำหนด (เอกสารแนบ)
- ๔.๒ สภาพความพิการสามารถเห็นได้โดยประจักษ์ ไม่มีใบรับรองความพิการ (เอกสารแนบ)
(ใช้รายละเอียดความพิการจากข้อมูลตามข้อ ๔.๑ หรือ ๔.๒ ระบุลงในบัตรประจำตัวคนพิการ)
- ๔.๓ ความยากลำบากในกิจวัตรประจำวัน
- ไม่มียากลำบากใดๆ มีความยากลำบากแต่ดูแลตนเองได้ ยากลำบากมากจำเป็นต้องมีผู้ดูแล
- ๔.๔ ความยากลำบากในการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของคนพิการ
- ไม่มียากลำบากใดๆ มีความยากลำบากแต่ดูแลตนเองได้ ยากลำบากมากจำเป็นต้องมีผู้ดูแล

ข้อ ๕ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแลคนพิการ

- ๕.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ไม่มีผู้ดูแล มีผู้ดูแลอยู่แล้ว
- ๕.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้
- (๑) ชื่อ นามสกุล
- (๒) เลขประจำตัวประชาชนของผู้ดูแล
- (๓) ความสัมพันธ์กับคนพิการ บิดาหรือมารดา พี่น้อง ปู่ย่าตายาย
 บุตร พี่น้อง ญาติ บุคคลอื่นที่มีใบอนุญาต ระบุ
- (๔) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน
หมู่บ้าน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด
- รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร Email Address
- (๕) รายได้ต่อเดือนของผู้ดูแลโดยประมาณ ไม่มีรายได้ มีรายได้ บาท
- ๕.๓ ผู้ดูแลคนพิการประสงค์ที่จะได้มีการสนับสนุนจากรัฐในเรื่อง (ตอบได้มากกว่า ๑ คำตอบ)
- (๑) การส่งเสริมการประกอบอาชีพ จำเป็น ไม่จำเป็น ได้รับแล้ว
- (๒) การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการ จำเป็น ไม่จำเป็น ได้รับแล้ว
- (๓) การช่วยเหลือทางการเงินหรือสวัสดิการอื่นๆ จำเป็น ไม่จำเป็น ได้รับแล้ว
- (๔) จัดให้มีผู้ช่วยเหลือ/บุคลากรที่เกี่ยวข้องข้อสนับสนุนบางเวลา จำเป็น ไม่จำเป็น ได้รับแล้ว
- (๕) การลดหย่อนภาษี จำเป็น ไม่จำเป็น ได้รับแล้ว
- (๖) อื่นๆ ระบุ

ข้อ ๖ คนพิการประสงค์ที่จะได้รับสิทธิในเรื่อง (ตอบได้มากกว่า ๑ คำตอบ)

๖.๑ การแพทย์และสาธารณสุข

- | | | | |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| (๑) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ | <input type="checkbox"/> จำเป็น | <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น | <input type="checkbox"/> ได้รับแล้ว |
| (๒) ค่ารักษาพยาบาล | <input type="checkbox"/> จำเป็น | <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น | <input type="checkbox"/> ได้รับแล้ว |
| (๓) การอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการหรือสื่อส่งเสริมพัฒนาการ | <input type="checkbox"/> จำเป็น | <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น | <input type="checkbox"/> ได้รับแล้ว |
| (๔) อื่นๆ ระบุ | | | |

๖.๒ การศึกษาสำหรับคนพิการ

- | | | | |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| (๑) จัดหาสถานการศึกษาให้เข้าเรียน | <input type="checkbox"/> จำเป็น | <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น | <input type="checkbox"/> ได้รับแล้ว |
| (๒) สนับสนุนทุนหรืออุปกรณ์ทางการศึกษา หรือสื่อทางเลือกอื่นๆ | <input type="checkbox"/> จำเป็น | <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น | <input type="checkbox"/> ได้รับแล้ว |
| (๓) อื่นๆ ระบุ | | | |

๖.๓ การประกอบอาชีพ และการมีงานทำ

- | | | | |
|-----------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| (๑) การฝึกอาชีพ | <input type="checkbox"/> จำเป็น | <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น | <input type="checkbox"/> ได้รับแล้ว |
| (๒) การประกอบอาชีพอิสระ | <input type="checkbox"/> จำเป็น | <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น | <input type="checkbox"/> ได้รับแล้ว |
| (๓) การจัดหางานให้ทำในหน่วยงานของรัฐหรือเอกชน | <input type="checkbox"/> จำเป็น | <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น | <input type="checkbox"/> ได้รับแล้ว |
| (๔) อื่นๆ ระบุ | | | |

๖.๔ การส่งเสริมให้เข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป

- | | | | |
|--------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| (๑) การให้สังคมยอมรับศักยภาพคนพิการ | <input type="checkbox"/> จำเป็น | <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น | <input type="checkbox"/> ได้รับแล้ว |
| (๒) การเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการต่างๆ ในชุมชน/สังคม | <input type="checkbox"/> จำเป็น | <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น | <input type="checkbox"/> ได้รับแล้ว |
| (๓) การส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มคนพิการในชุมชน | <input type="checkbox"/> จำเป็น | <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น | <input type="checkbox"/> ได้รับแล้ว |
| (๔) อื่นๆ ระบุ | | | |

๖.๕ การได้รับสวัสดิการสังคมจากรัฐ

- | | | | |
|-------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| (๑) การจัดให้มีผู้ช่วยคนพิการ | <input type="checkbox"/> ต้องการ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ | <input type="checkbox"/> ได้รับแล้ว |
| (๒) การสนับสนุนเบี้ยความพิการ/เบี้ยยังชีพ | <input type="checkbox"/> ต้องการ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ | <input type="checkbox"/> ได้รับแล้ว |
| (๓) การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย | <input type="checkbox"/> ต้องการ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ | <input type="checkbox"/> ได้รับแล้ว |
| (๔) การส่งเสริมการอุปการะเลี้ยงดู | <input type="checkbox"/> ต้องการ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ | <input type="checkbox"/> ได้รับแล้ว |
| (๕) การจัดหาเงินทุนประกอบอาชีพ | <input type="checkbox"/> ต้องการ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ | <input type="checkbox"/> ได้รับแล้ว |
| (๖) การลดหย่อนภาษี/ค่าบริการจากรายได้ | <input type="checkbox"/> ต้องการ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ | <input type="checkbox"/> ได้รับแล้ว |
| (๗) การให้บริการล่ามภาษามือ | <input type="checkbox"/> ต้องการ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ | <input type="checkbox"/> ได้รับแล้ว |
| (๘) อื่นๆ ระบุ | | | |

๖.๖ การเข้าถึงประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ

(๑) จัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่คนพิการเข้าถึงได้ ต้องการ ไม่ต้องการ ได้รับแล้ว

(๒) การสนับสนุนรถโยก/พาหนะสำหรับคนพิการ ต้องการ ไม่ต้องการ ได้รับแล้ว

(๓) อื่นๆ ระบุ

๖.๗ การเข้าถึงจากเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ต้องการ ไม่ต้องการ ได้รับแล้ว

๖.๘ การร้องขอในกรณีมีการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม ต้องการ ไม่ต้องการ ได้รับแล้ว

๖.๙ เรื่องอื่นๆ ระบุ

ข้อ ๗ ความเห็นของเจ้าหน้าที่ เห็นสมควรให้มีบัตรประจำตัวคนพิการตามที่ขอ ไม่เห็นควร เนื่องจาก.....

..... ความเห็นอื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและ ยินยอม ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการได้

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ให้ข้อมูล

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

แบบและรายละเอียดของสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์

สถานที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

ได้ประเมิน ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว

เลขประจำตัวประชาชน

พบว่า มีความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ดังนี้

๑. ประเภทความพิการทางการเห็น

- ไม่มีลูกตาทั้งสองข้าง
- ไม่มีลูกตาดำทั้งสองข้าง
- ลูกตาสีขาวขุ่นทั้งสองข้าง
- ลูกตาฝ่อทั้งสองข้าง

๒. ประเภทความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย

- หูหนวก เนื่องจากไม่มีหูทั้งสองข้าง

๓. ประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

- แขนขาดตั้งแต่ระดับข้อมือขึ้นไป อย่างน้อยหนึ่งข้าง
- ขาขาดตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นไป อย่างน้อยหนึ่งข้าง

การเกิดความพิการ

- ตั้งแต่เกิด
- ภายหลัง ระบุระยะเวลาจำนวน.....ปี.....เดือน

สาเหตุของความพิการ

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

ลงชื่อ.....

(.....)

นายทะเบียนกลาง/นายทะเบียนจังหวัด.....