



แบบคำขอมิ้บัตรประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย
คนพิการ

หน่วยงานรับคำขอ.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

☐ ขอมิ้บัตรครั้งแรก

☐ ขอมิ้บัตรเนื่องจาก

☐ บัตรเดิมหมดอายุ

☐ ขำรุด

☐ สูญหาย

☐ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ

☐ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

๑.๑ คำนำนานาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ 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..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

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

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....

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

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 ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

☐ ปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

☐ สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

☐ อื่น ๆ (ระบุ)

๑.๑๐ อาชีพ

☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....

ประกอบอาชีพ

☐ เกษตรกรรม ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ ลูกจ้างเอกชน

☐ รับจ้างทั่วไป ☐ ธุรกิจส่วนตัว ☐ อาชีพอื่น ๆ (ระบุ).....

๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ.....บาท/เดือน

๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว).....บาท

๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี)คน

๑.๑๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- ☐ ทางกาเห็น ☐ ทางกาได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ทางกาเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
☐ ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ ทางสติปัญญา ☐ ทางการเรียนรู้ ☐ ทางอทิสติก

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ☐ ไม่มี ☐ มี (กรอกข้อมูลข้อ ๓.๒)

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.....
(.....)
คนพิการ

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน

เลขประจำตัวประชาชน - - - -

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน ☐ เห็นควร ☐ ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

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

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

- ☐ อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ
☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
☐ ความเห็นอื่น ๆ

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