



# แบบคำขอมัติบัตรประจำตัวคนพิการ

ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550

### รายละเอียดประกอบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

(เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ขอให้กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ให้มากที่สุด โดยให้ดำเนินการทั้งกรณีการขอมีบัตรใหม่ และกรณีขอมีบัตรใหม่เนื่องจากบัตรเดิมหมดอายุ/ชำรุด/สูญหาย/มีการแก้ไขข้อมูลสำคัญ

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ชื่อ ๑ หน่วยงานที่รับคำขอ .....

ชื่อ 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 ๖ คนพิการประสงค์ที่จะได้รับสิทธิในเรื่อง (ตอบได้มากกว่า ๑ คำตอบ)

๖.๑ การแพทย์และสาธารณสุข

- (๑) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์  จำเป็น  ไม่จำเป็น  ได้รับแล้ว
- (๒) ค่ารักษาพยาบาล  จำเป็น  ไม่จำเป็น  ได้รับแล้ว
- (๓) การอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการหรือสื่อส่งเสริมพัฒนาการ  จำเป็น  ไม่จำเป็น  ได้รับแล้ว
- (๔) อื่นๆ ระบุ .....

๖.๒ การศึกษาสำหรับคนพิการ

- (๑) จัดหาสถานการศึกษาให้เข้าเรียน  จำเป็น  ไม่จำเป็น  ได้รับแล้ว
- (๒) สนับสนุนทุนหรืออุปกรณ์ทางการศึกษา หรือสื่อทางเลือกอื่นๆ  จำเป็น  ไม่จำเป็น  ได้รับแล้ว
- (๓) อื่นๆ ระบุ .....

๖.๓ การประกอบอาชีพ และการมีงานทำ

- (๑) การฝึกอาชีพ  จำเป็น  ไม่จำเป็น  ได้รับแล้ว
- (๒) การประกอบอาชีพอิสระ  จำเป็น  ไม่จำเป็น  ได้รับแล้ว
- (๓) การจัดหางานให้ทำในหน่วยงานของรัฐหรือเอกชน  จำเป็น  ไม่จำเป็น  ได้รับแล้ว
- (๔) อื่นๆ ระบุ .....

๖.๔ การส่งเสริมให้เข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป

- (๑) การให้สังคมยอมรับศักยภาพคนพิการ  จำเป็น  ไม่จำเป็น  ได้รับแล้ว
- (๒) การเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการต่างๆ ในชุมชน/สังคม  จำเป็น  ไม่จำเป็น  ได้รับแล้ว
- (๓) การส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มคนพิการในชุมชน  จำเป็น  ไม่จำเป็น  ได้รับแล้ว
- (๔) อื่นๆ ระบุ .....

๖.๕ การได้รับสวัสดิการสังคมจากรัฐ

- (๑) การจัดให้มีผู้ช่วยคนพิการ  ต้องการ  ไม่ต้องการ  ได้รับแล้ว
- (๒) การสนับสนุนเบี้ยความพิการ/เบี้ยยังชีพ  ต้องการ  ไม่ต้องการ  ได้รับแล้ว
- (๓) การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย  ต้องการ  ไม่ต้องการ  ได้รับแล้ว
- (๔) การส่งเสริมการอุปการะเลี้ยงดู  ต้องการ  ไม่ต้องการ  ได้รับแล้ว
- (๕) การจัดหาเงินทุนประกอบอาชีพ  ต้องการ  ไม่ต้องการ  ได้รับแล้ว
- (๖) การลดหย่อนภาษี/ค่าบริการจากรายได้  ต้องการ  ไม่ต้องการ  ได้รับแล้ว
- (๗) การให้บริการล่ามภาษามือ  ต้องการ  ไม่ต้องการ  ได้รับแล้ว
- (๘) อื่นๆ ระบุ .....

# 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 เนื่องจากไม่มีรูหูทั้งสองข้าง

## ๓. ประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

- แขนขาดตั้งแต่ระดับข้อมือขึ้นไป อย่างน้อยหนึ่งข้าง
- ขาขาดตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นไป อย่างน้อยหนึ่งข้าง

## การเกิดความพิการ

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

## สาเหตุของความพิการ

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

ลงชื่อ.....

(.....)

นายทะเบียนกลาง/นายทะเบียนจังหวัด.....