

แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ
ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐

- ขอมีบัตรใหม่ ขอมีบัตรใหม่เนื่องจากบัตรเดิมหมดอายุ
 ขอมีบัตรใหม่เนื่องจากชำรุด/สูญหาย/มีการแก้ไขข้อมูลสำคัญ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว / อื่นๆ (ระบุ)..... อายุ..... ปี

เลขประจำตัวประชาชน

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต./ร.อ./ข.อ..... ถนน..... ชื่อหมู่บ้าน.....

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

โทรศัพท์..... โทรสาร..... Email Address.....

- เป็นคนพิการ หรือ
 ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ดูแลคนพิการ ให้ระบุความสัมพันธ์กับคนพิการ.....

มีความประสงค์จะขอมีบัตรประจำตัวคนพิการตามมาตรา ๑๙ ต่อนายทะเบียน พร้อมนี้ได้แนบเอกสารประกอบ
การยื่นคำขอครั้งนี้ ได้แก่

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ หรือสำเนาสูติบัตรของคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
 สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
 รูปถ่ายของคนพิการ ขนาด ๑ นิ้ว ไม่สวมหมวกหรือแว่นตาคำ ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๒ รูป
 ใบรับรองความพิการซึ่งออกโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาล
เอกชนที่เลขาธิการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติกำหนด จำนวน ๑ ฉบับ หรือ
 กรณีคนพิการมายื่นคำขอด้วยตนเองและเห็นว่าสภาพความพิการสามารถเห็นได้โดยประจักษ์ชัดเจน จึงมี
ความประสงค์จะให้นายทะเบียนได้พิจารณา โดยไม่มีใบรับรองความพิการ
 กรณีเป็นผู้ดูแลคนพิการ ได้แนบสำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ ๑ ฉบับ หรือ
 กรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นบิดามารดาของคนพิการ และมีชื่อในทะเบียนบ้านเลขที่เดียวกันกับคนพิการไม่ต้องแนบ
สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยื่นคำขอแทนก็ได้
 หลักฐานอื่นๆ ที่แสดงให้เห็นว่าได้รับมอบอำนาจจากคนพิการ หรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับคนพิการเนื่องจากเป็น
ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ดูแลคนพิการ (เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอพิจารณา)

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของ
คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการได้

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ

เลขที่.....

ใบคำร้องขอคำวินิจฉัยเรื่องทะเบียนคนพิการ

วันที่.....

เรียน นายทะเบียนจังหวัดเชียงใหม่

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว)สกุล.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... เป็น คนพิการ ผู้แทน / ผู้ดูแล / ผู้ปกครอง

คนพิการชื่อ (ค.ช.,ค.ญ.,นาย,นาง,นางสาว)

เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ลักษณะความพิการ.....

ระดับการศึกษา..... อาชีพ..... รายได้..... บาท/เดือน

ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลคนพิการ ชื่อ..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

บ้านเลขที่..... หมู่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ความสัมพันธ์กับคนพิการ..... โทรศัพท์ (คนพิการ/ผู้ปกครอง).....

ซึ่งเป็นบุคคลพิการจดทะเบียนครั้งแรก ณ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด.....

มีความประสงค์

- ขอเปลี่ยนบัตรประจำตัวคนพิการ เนื่องจาก
 - หมคอายุ เมื่อวันที่.....
 - สูญหาย/ชำรุด จดทะเบียนคนพิการครั้งแรกเมื่อ.....
- ขอเปลี่ยนชื่อ/นามสกุล จากเดิม..... เปลี่ยนเป็น.....
- ขอเปลี่ยนที่อยู่จากเดิมเป็น.....
- ขอแจ้งการเสียชีวิตของคนพิการเสียชีวิตเมื่อวันที่.....
- ขอเพิ่มประเภทความพิการ ลักษณะความพิการ.....
- ขอเพิ่ม/เปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ
- อื่นๆ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

เฉพาะเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจหลักฐานแล้วเห็นควรดำเนินการดังนี้

- ดำเนินการตามที่ผู้ร้อง ร้องขอ
- ไม่ดำเนินการตามที่ผู้ร้อง ร้องขอ เนื่องจาก.....
- อื่น ๆ.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(.....)

ตำแหน่ง.....

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 การร้องขอในการให้มีการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม ต้องการ ไม่ต้องการ ได้รับแล้ว

๖.๙ เรื่องอื่นๆ ระบุ

ข้อ ๗ ความเห็นของเจ้าหน้าที่ เห็นสมควรให้มีบัตรประจำตัวคนพิการตามที่ขอ ไม่เห็นควร เนื่องจาก.....

..... ความเห็นอื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและ ยินยอม ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการได้

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ให้ข้อมูล

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

รายละเอียดประกอบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

(เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ขอให้กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ให้มากที่สุด โดยให้ดำเนินการทั้งกรณีการขอมีบัตรใหม่ และกรณีขอมีบัตรใหม่เนื่องจากบัตรเดิมหมดอายุ/ชำรุด/สูญหาย/มีการแก้ไขข้อมูลสำคัญ

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ข้อ ๑ หมายเลขที่รับคำขอ _____

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 สำเร็จการศึกษาระดับสูงสุด

อายุถึงเกณฑ์แต่ไม่ได้เรียน อายุไม่ถึงเกณฑ์ที่จะเรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา
 ประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปวช. ปวส. ปวท. อนุปริญญา บริญญาตรี 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

ลักษณะ: ทาบเหงา

ข้อ ๔ ข้อมูลเกี่ยวกับประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ/ความบกพร่อง

- ๔.๑ สภาพความพิการจากใบรับรองความพิการ ออกโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของสถานพยาบาลของรัฐ
สถานพยาบาลเอกชนที่เสียค่าบริการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ/กทช. (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 สามเณรหรือภรรยา ญาติ บุคคลอื่นที่มีชื่อญาติ 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 ผู้ดูแลคนพิการประสงค์ที่จะได้รับการสนับสนุนจากรัฐในเรื่อง (ตอบได้มากกว่า ๑ คำตอบ)
- (๑) การส่งเสริมการประกอบอาชีพ จำเป็น ไม่จำเป็น ได้รับแล้ว
- (๒) การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการ จำเป็น ไม่จำเป็น ได้รับแล้ว
- (๓) การช่วยเหลือทางการเงินหรือสวัสดิการอื่นๆ จำเป็น ไม่จำเป็น ได้รับแล้ว
- (๔) จัดให้มีผู้ช่วยเหลือ/บุคคลากรที่เกี่ยวข้องสนับสนุนบางเวลา จำเป็น ไม่จำเป็น ได้รับแล้ว
- (๕) การลดหย่อนภาษี จำเป็น ไม่จำเป็น ได้รับแล้ว
- (๖) อื่นๆ ระบุ _____

ข้อ ๖ คนพิการประสงค์ที่จะได้รับสิทธิในเรื่อง (ตอบได้มากกว่า ๑ คำตอบ)

๖.๑ การแพทย์และสาธารณสุข

- (๑) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ จำเป็น ไม่จำเป็น ได้รับแล้ว
- (๒) คำปรึกษาพยาบาล 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) การให้บริการผ่านภาษามือ ต้องการ ไม่ต้องการ ได้รับแล้ว
- (๘) อื่นๆ ระบุ