



## แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย  
คนพิการ

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

- ขอมีบัตรครั้งแรก
- ขอมีบัตรเนื่องจาก  บัตรเดิมหมดอายุ  ชำรุด  
 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)

- ทางการเห็น     ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย     ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย  
 ทางจิตใจหรือพฤติกรรม     ทางสติปัญญา     ทางการเรียนรู้     ทางออทิสติก

**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     บิดามารดา     บุตร     สามีหรือภรรยา     พี่น้อง

ปู่ย่าตายาย     ลูกป้า/น้าอา     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