



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 คำนำนานาม ☐ 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 ความยากลำบากในชีวิตประจำวัน
☐ 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 ☐ บุคคลอื่นที่มีใช้ญาติ 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/บุคลากรที่เกี่ยวข้องของสนับสนุนบางเวลา ☐ 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) 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 | | | |

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 ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผย
ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการได้

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ให้ข้อมูล

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ