



## แบบคำขอมิ้บัตรประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย  
คนพิการ

หน่วยงานรับคำขอ.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ขอมิ้บัตรครั้งแรก

ขอมิ้บัตรเนื่องจาก

บัตรเดิมหมดอายุ

ชำรุด

สูญหาย

มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ

อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

### ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

๑.๑ คำนำหน้านาม  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 รายได้จากประกอบอาชีพของคนพิการ.....บาท/เดือน

๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว).....บาท

๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี) .....คน

๑.๑๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- ทางการเห็น  ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย  
 ทางจิตใจหรือพฤติกรรม  ทางสติปัญญา  ทางการเรียนรู้  ทางอหิสติก

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/น้า  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