

## รายละเอียดประจำบัญชีบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปบัตร  
ขนาด ๑ นิ้ว  
อายุไม่เกิน ๖ เดือน

หน่วยงานรับค่าชาร์จ.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

### ๔. การขอรับบัตรประจำตัวคนพิการ

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> ขอรับครั้งแรก           | <input type="checkbox"/> บัตรเดียวหมดอายุ            | <input type="checkbox"/> ชำรุด                                       |
| <input type="radio"/> ขอรับครั้งใหม่เนื่องจาก | <input type="checkbox"/> สูญหาย                      | <input type="checkbox"/> มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ |
| <input type="radio"/> ขอรับครั้งที่สองด้วย    | <input type="checkbox"/> อายุครบทักษิณเป็นปีบริบูรณ์ | <input type="checkbox"/> มีความพิการที่สามารถพ้นได้โดยประจักษ์       |

### ๕. เอกสารหลักฐานที่ใช้ในการยื่นคำขอรับบัตรประจำตัวคนพิการ ดังนี้

#### ๕.๑ เอกสารของคนพิการ

- (๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาสูติบัตร หรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้
- (๒) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
- (๓) รูปถ่ายคนพิการขนาด ๑ นิ้ว ถ่ายมาครั้งไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๒ รูป (ใบอนุญาตคนพิการไม่ได้มายื่นค่าชาร์จคิวเต็นอย)
- (๔) เอกสารรับรองความพิการซึ่งรับรองโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวทกรรมของสถาบันทางไกลของรัฐ หรือสถานบาลเอกชนที่ผู้อุปนวยการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวภาพและการแพทย์แผนไทย ประกาศก้าหนด
- (๕) รูปถ่ายสภาพความพิการ กรณีคนพิการมีสภาพความพิการที่สามารถพ้นได้โดยประจักษ์ ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับค่าชาร์จยื่นสภาพความพิการ และถ่ายสภาพความพิการไว้เป็นหลักฐาน โดยไม่ต้องมีเอกสารรับรองความพิการ
- (๖) กรณีพบพิการไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน แต่มีหลักฐานพำนัชบัตรประจำตัวน้ำสัญชาติไทยและมีเลขบัตรประจำตัวประชาชน ให้เจ้าหน้าที่รับค่าชาร์จบันทึกปักจำเจ้าบ้านหรือบ้านทุกหลัง เพื่อยืนยันว่าเป็นบุคคลเดียวที่บุคคลพื้นเมืองตนทราบเป็นบัน

#### ๕.๒ เอกสารของผู้ดูแล

- (๗) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้
- (๘) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
- (๙) หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ โดยบัตรทอง หรือบุตรจ้างประจำ หรือหน้ากากการ หรือหนังงานรัฐวิสาหกิจ หรือสมาชิกสหกรณ์อื่น หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือประธานชุมชน รับรองว่าบุคคลนั้นเป็นผู้ดูแลจริง โดยแนบล้ำบัตรประจำตัวที่ทางราชการออกให้ไว้เป็นหลักฐานการรับรองด้วย

๒.๓ กรณียื่นคำขอรับตรา แทนคนพิการ  
คำนำหน้านาม  เด็กชาย  เด็กหญิง  นาย  นางสาว  อื่น ๆ (ระบุ) .....  
ชื่อ..... นามสกุล.....

ที่อยู่ตามทะเบียนเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... มือถือ..... โทรสาร.....

ความสัมพันธ์กับคนพิการ  ผู้ปกครอง  พี่น้อง  พ่อแม่บุพราดา  ผู้ดูแลคนพิการ  อื่น ๆ (ระบุ) .....

สำเนาเอกสารหลักฐานของคนพิการ ตามข้อ ๑ - ข้อ ๔

สำเนาเอกสารหลักฐานของผู้ดูแลคนพิการ ตามข้อ ๗ - ข้อ ๘

หลักฐานอื่น ๆ ที่แสดงให้เห็นว่าได้รับมอบอำนาจจากคนพิการ หรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับคนพิการ เนื่องจากเป็นผู้ปกครอง พี่น้อง พ่อแม่บุพราดา หรือผู้ดูแลคนพิการ (เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอเป็นผู้พิจารณา)

### ๓. ข้อมูลคนพิการ

๓.๑ คำนำหน้านาม  เด็กชาย  เด็กหญิง  นาย  นางสาว  อื่น ๆ (ระบุ) .....

๓.๒ ชื่อ..... นามสกุล.....

๓.๓ เกิดเมื่อวันที่..... เดือน..... ปี.....

๓.๔ สัญชาติ  ไทย เลขประจำตัวประชาชน  -    -    -   เลขประจำตัวอื่น ๆ (ดำเนิน)

๓.๕ ศาสนา  พุทธ  คริสต์  อิสลาม  อื่น ๆ (ระบุ) .....

๓.๖ สถานภาพสมรส  โสด  สมรสอยู่ด้วยกัน  สมรสแยกกันอยู่  อยู่ด้วยกันโดยไม่สมรส  
 หย่าร้าง  หม้ายหย่าร้าง  อื่น ๆ (ระบุ) .....

๓.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... มือถือ..... โทรสาร.....

e-mail address.....

๓.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... มือถือ..... โทรสาร.....

๓.๙ การศึกษา

ไม่ได้รับน (เขียนไปท้ายอ ๑.๑๐)  เรียน (ระบุรายการศึกษาขั้นสูงสุด)

ประถมศึกษา  มัธยมศึกษาตอนต้น  มัธยมศึกษาตอนปลาย

อาชีวศึกษา (ปวช)  ประกาศนียบัตรวิชาชีพขั้นสูง (ปวส)

ประกาศนียบัตรรัฐบาลคุรุเทคนิคขั้นสูง (ปทส.)

อุดมศึกษา  อนุปริญญา สาขา.....

ปริญญาตรี สาขา.....

สูงกว่าปริญญาตรี รุ่น..... สาขา.....

การศึกษาของสห ระบุ.....

อื่น ๆ (ระบุ) .....

๓.๑๐ อาชีพ

- ไม่สนใจอาชีพใด (เนื่องจากพิการมากช่วยเหลือตนเองไม่ได้)
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ อาชีวภาพ
- ประกอบอาชีพ (ระบุ)
  - เกษตรกรรม ระบุ..... หน่วยงาน.....
  - บริการ/ธุรกิจส่วนตัว คำแนะนำ..... หน่วยงาน.....
  - หางาน..... หน่วยงาน.....
  - รับจ้างทั่วไป คำแนะนำ..... หน่วยงาน.....
  - ผู้ประกอบกิจการส่วนตัว/อาชีพอื่นๆ ระบุ.....
  - อื่นๆ (ระบุ) .....

๓.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ

- ไม่มีรายได้ ..... นาท/เดือน
- มีรายได้ .....

๓.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ข้างต้นทุกคนในครอบครัว) บาท

๓.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ตัวเอง) คน

« ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

- |  |  |  |                                  |  |                              |  |
|--|--|--|----------------------------------|--|------------------------------|--|
| ๔.๑ ผู้ดูแลคนพิการ   | <input type="radio"/> มี   | <input type="radio"/> ไม่มี (ขั้นไปทำข้อ ๔)              |                                  |  |                              |  |
| ๔.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ   | <input type="radio"/> เพียงผู้ดูแล   | <input type="radio"/> เป็นผู้ดูแล โดยมีรายละเอียด ดังนี้ |                                  |  |                              |  |
| (๑) ค่าน้ำหน้านน   | <input type="radio"/> เด็กชาย  | <input type="radio"/> เด็กหญิง                           | <input type="radio"/> นาย        | <input type="radio"/> นาง                    | <input type="radio"/> นางสาว | <input type="radio"/> อื่นๆ (ระบุ) ..... |
| (๒) เชื้อ  | ..... นามสกุล .....  |  |                                  |  |                              |  |
| (๓) <input type="radio"/> สัญชาติไทย เลขประจำตัวประชาชน  | <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> |  |                                  |  |                              |  |
| <input type="radio"/> สัญชาติอื่นๆ (ระบุ) .....  | เลขประจำตัวอื่นๆ (เขียน หนังสือเดินทาง) .....  |  |                                  |  |                              |  |
| (๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ   | <input type="radio"/> พี่น้อง  | <input type="radio"/> บุตร                               | <input type="radio"/> สามี/ภรรยา | <input type="radio"/> พี่/น้อง               |                              |  |
|  | <input type="radio"/> พี่/น้อง   | <input type="radio"/> ลูก                                | <input type="radio"/> ภรรยา/สามี | <input type="radio"/> บุตรอื่นๆ (ระบุ) ..... |                              |  |
| (๕) ห้องในบ้านฯ กัน เศษที่..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... ถนน..... หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... |  |  |                                  |  |                              |  |
| จังหวัด.....   | รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... มือถือ.....  |  |                                  |  |                              |  |
| โทรศัพท์..... e-mail address.....  |  |  |                                  |  |                              |  |

- รายได้ต่อเดือน ..... นาท/เดือน
- ไม่มีรายได้ ..... นาท/เดือน

- |   |  |
|---|--|
| ๔.๓ ผู้ดูแลคนพิการประยุกต์ที่จะได้มีการสนับสนุนจากรัฐในเรื่องใด (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ) | <input type="radio"/> การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการ                       |
| <input type="radio"/> การส่งเสริมการประกอบอาชีพ                                       | <input type="radio"/> การจัดให้มีผู้ช่วยเหลือ/บุคลากรที่เกี่ยวข้องสนับสนุนมาดูแล |
| <input type="radio"/> การลดหย่อนภาษี  | <input type="radio"/> อื่นๆ (ระบุ) .....   |
| <input type="radio"/> การช่วยเหลือสวัสดิการอื่นๆ                                      |  |

แบบคำขอรับประจ้าตัวคนพิการ

## ๕. แผนพัฒนาความต้องการที่จะได้รับสิทธิในเรื่องใดคือไปนี่

### ๕.๑ การบริการด้านแพทย์และสาธารณสุข

- ไม่ต้องการรับบริการ       ได้รับบริการแล้ว (ระบุ).....
- ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๓ ค่าตอบ)  
 บริการพื้นฐานรวมภายนอกทางการแพทย์       ค่ารักษาพยาบาล  
 ภายในปีก่อน เหรือร่วมกันพิการหรือส่อสั่งแพร่องพัฒนาการ       อื่น ๆ (ระบุ).....

### ๕.๒ การบริการด้านการศึกษาสำหรับคนพิการ

- ไม่ต้องการรับบริการ       ได้รับบริการแล้ว ระบุ.....
- ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๓ ค่าตอบ)  
 จัดหาสถานศึกษาให้เข้าเรียน       สนับสนุนทุนการศึกษา  
 สนับสนุนอุปกรณ์ทางการศึกษาหรือสื่อทางเลือกอื่น ๆ       อื่น ๆ (ระบุ).....

### ๕.๓ การบริการด้านประกันอาชีพและการเมืองฯลฯ

- ไม่ต้องการรับบริการ       ได้รับบริการแล้ว (ระบุ).....
- ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๓ ค่าตอบ)  
 การฝึกอบรมวิชาชีพ       การประกันอาชีพอื่นๆ  
 การจัดทำงานในสถานประกอบการสอน       การจัดทำงานในหน่วยงานของรัฐ  
 การสนับสนุนประกันอาชีพ       อื่น ๆ (ระบุ).....

### ๕.๔ การได้รับสวัสดิการสังคมจากรัฐ

- ไม่ต้องการรับบริการ       ได้รับบริการแล้ว (ระบุ).....
- ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๓ ค่าตอบ)  
 การจัดให้มีผู้ช่วยคนพิการ       การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวก  
 สวัสดิการเบี้ยความพิการ       การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย  
 การให้บริการล้านภาษาไทย       การลดหย่อนภาษี/ค่าบริการจากรายได้  
 การส่งเสริมการอุปกรณ์ทางเลือก       การสนับสนุนความเห็นแก่ขององค์กรค้านคนพิการ  
 การสนับสนุนสนับสนุนโดยยก       เทคโนโลยีสารสนเทศ การสื่อสาร และโทรศัพท์  
หรือดำเนินสิ่งหนึ่งคนพิการ  
 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกีฬา นันหน้าการ       การถ่ายทอดออกทุนสหธรรม์และทุนคุณภาพชีวิตคนพิการ  
 การร้องขอให้มีการแข่งขันการเลือกปฏิบัติและทุนทางกฎหมาย       อื่น ๆ (ระบุ).....

### ๕.๕ สถานะความเดือดร้อนของคนพิการ (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

- ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร       ไม่มีที่อยู่อาศัย       ไม่มีงานทำ       ไม่มีรายได้  
 ไม่มีเครื่องซ่อมแซมคนพิการ       ไม่มีโอกาสเรียนหนังสือ       ไม่ได้รับการฝึกอาชีพ  
 ไม่มีเงินทุนประกอบอาชีพ       มีรายได้ไม่พอแก้การครองชีพ       ถูกหลอกหลั่ง ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู  
 ครอบครัวหรือผู้อุปการะมีฐานะยากจน       ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการพัฒนาศูนย์สูงรักษาพยาบาล  
 มีความล้าหลังเมื่อออกบ้าน เช่น การเดินทางบนท้องถนน หรือไปติดต่อสถานที่ราชการ  
 ถูกกีดกันไม่ให้มีโอกาสเข้าไปเมื่อส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม       เรื่องอื่น ๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ  ยันยอม  ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เบิกเนย  
ข้อมูลส่วนบุคคลของตนพิการและผู้ดูแลคนพิการ เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เนื่องจากมีเอกสารประกอบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการครบถ้วน และเห็นควรให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการได้

ลงชื่อ.....

(.....)

คำแนะนำ.....

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

- อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ ตามแบบคำขอฉบับด้วย
- ไม่อนุมัติ เมืองจาก.....
- ความเห็นอื่น ๆ .....

ลงชื่อ.....

(.....)

คำแนะนำ.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร