



แบบคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ

ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐
และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖

เพื่อประโยชน์ของการได้รับสิทธิและสวัสดิการตามกฎหมาย
รวมถึงผลประโยชน์อื่นใด กรุณาให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง ที่ถูกต้องและครบถ้วน



สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

รายละเอียดประกอบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปคนพิการ
ขนาด ๑ นิ้ว
อายุไม่เกิน ๖ เดือน

หน่วยงานรับคำขอ.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

๑. การขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

- ขอมีบัตรครั้งแรก
- ขอมีบัตรใหม่เนื่องจาก บัตรเดิมหมดอายุ ชำรุด
- ขอมีบัตรใหม่เนื่องจาก สูญหาย มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ
- ขอมีบัตรตลอดชีพ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ มีความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์

๒. เอกสารหลักฐานที่ใช้ในการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ ดังนี้

๒.๑ เอกสารของคนพิการ

- (๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาสูติบัตร หรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้
- (๒) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
- (๓) รูปถ่ายคนพิการขนาด ๑ นิ้ว ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๒ รูป (ในกรณีที่คนพิการไม่ได้มายื่นคำขอด้วยตนเอง)
- (๔) เอกสารรับรองความพิการซึ่งรับรองโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลเอกชนที่ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ประกาศกำหนด
- (๕) รูปถ่ายสภาพความพิการ กรณีคนพิการมีสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอพิจารณาสภาพความพิการ และถ่ายภาพสภาพความพิการไว้เป็นหลักฐาน โดยไม่ต้องมีเอกสารรับรองความพิการ
- (๖) กรณีคนพิการไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน แต่มีหลักฐานตามทะเบียนบ้านว่ามีสัญชาติไทยและมีเลขบัตรประจำตัวประชาชน ให้เจ้าหน้าที่รับคำขอบันทึกปากคำเจ้าบ้านหรือพยานบุคคล เพื่อยืนยันว่าเป็นบุคคลเดียวกับบุคคลที่มีชื่อตามทะเบียนบ้าน

๒.๒ เอกสารของผู้ดูแล

- (๗) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้
- (๘) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
- (๙) หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ โดยข้าราชการ หรือลูกจ้างประจำ หรือพนักงานราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือสมาชิกสภาท้องถิ่น หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือประธานชุมชน รับรองว่าบุคคลนั้นเป็นผู้ดูแลจริง โดยแนบสำเนาบัตรประจำตัวที่ทางราชการออกให้ไว้เป็นหลักฐานการรับรองด้วย

๒.๓ กรณียื่นคำขอมีบัตรฯ แทนคนพิการ

คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่น ๆ (ระบุ).....
ชื่อ..... นามสกุล.....
ที่อยู่ตามทะเบียนเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... มือถือ..... โทรสาร.....
ความสัมพันธ์กับคนพิการ ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล ผู้ดูแลคนพิการ อื่น ๆ (ระบุ).....
 สำเนาเอกสารหลักฐานของคนพิการ ตามข้อ ๑ - ข้อ ๔
 สำเนาเอกสารหลักฐานของผู้ดูแลคนพิการ ตามข้อ ๗ - ข้อ ๘
 หลักฐานอื่น ๆ ที่แสดงให้เห็นว่าได้รับมอบอำนาจจากคนพิการ หรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับคนพิการ เนื่องจากเป็น
ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ดูแลคนพิการ (เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอเป็นผู้พิจารณา)

๓. ข้อมูลคนพิการ

๓.๑ คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่น ๆ (ระบุ).....
๓.๒ ชื่อ..... นามสกุล.....
๓.๓ เกิดเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.
๓.๔ สัญชาติ ไทย เลขประจำตัวประชาชน ----
เลขประจำตัวอื่น ๆ (ถ้ามี)

๓.๕ ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่น ๆ (ระบุ).....
๓.๖ สถานภาพสมรส โสด สมรสอยู่ด้วยกัน สมรสแยกกันอยู่ อยู่ด้วยกันโดยไม่สมรส
 หม้ายคู่สมรสเสียชีวิต 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 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... มือถือ..... โทรสาร.....

๓.๙ การศึกษา
 ไม่ได้เรียน (ข้ามไปทำข้อ ๑.๑๐) เรียน (ระบุวุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด)
 ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย
 อาชีวศึกษา (ปวช.) ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)
 ประกาศนียบัตรวิชาชีพครูเทคนิคชั้นสูง (ปทส.)
 อุดมศึกษา อนุปริญญา สาขา.....
 ปริญญาตรี สาขา.....
 สูงกว่าปริญญาตรี วุฒิ..... สาขา.....
 การศึกษาของสงฆ์ ระบุ.....
 อื่น ๆ (ระบุ).....

๓.๑๐ อาชีพ

- ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ (เนื่องจากพิการมากช่วยเหลือตนเองไม่ได้)
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....
- ประกอบอาชีพ (ระบุ)
 - เกษตรกรรม ระบุ.....
 - รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....
 - ลูกจ้างเอกชน ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....
 - รับจ้างทั่วไป ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....
 - ผู้ประกอบกิจการส่วนตัว/อาชีพอิสระ ระบุ.....
 - อาชีพอื่น ๆ (ระบุ)

๓.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ

- ไม่มีรายได้
- มีรายได้.....บาท/เดือน

๓.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว)บาท

๓.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี) คน

๔. ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

- ๔.๑ ผู้ดูแลคนพิการ มี ไม่มี (ข้ามไปทำข้อ ๕)
- ๔.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ เพิ่มผู้ดูแล เปลี่ยนผู้ดูแล โดยมีรายละเอียด ดังนี้
 - (๑) คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่น ๆ (ระบุ).....
 - (๒) ชื่อ..... นามสกุล.....
 - (๓) สัญชาติไทย เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□□
 สัญชาติอื่น ๆ (ระบุ)..... เลขประจำตัวอื่น ๆ (เช่น หนังสือเดินทาง).....
 - (๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ บิดา/มารดา บุตร สามเณร/ภรรยา พี่/น้อง
 ปู่/ย่า/ตา/ยาย ลุง/ป้า/น้า/อา บุคคลอื่น ๆ (ระบุ).....
 - (๕) ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... มือถือ.....
โทรสาร..... e-mail address.....
 - (๖) รายได้ต่อเดือน ไม่มีรายได้ มีรายได้.....บาท/เดือน
- ๔.๓ ผู้ดูแลคนพิการประสงค์ที่จะได้มีการสนับสนุนจากรัฐในเรื่องใด (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)
 - การส่งเสริมการประกอบอาชีพ การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการ
 - การลดหย่อนภาษี การจัดให้มีผู้ช่วยเหลือ/บุคลากรที่เกี่ยวข้องสนับสนุนบางเวลา
 - การช่วยเหลือสวัสดิการอื่น ๆ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕. คนพิการมีความต้องการที่จะได้รับสิทธิในเรื่องใดต่อไปนี้

๕.๑ การบริการด้านแพทย์และสาธารณสุข

- ไม่ต้องการรับบริการ ได้รับบริการแล้ว (ระบุ).....
- ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ คำตอบ)
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ | <input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาล |
| <input type="checkbox"/> กายอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการหรือสื่อส่งเสริมพัฒนาการ | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)..... |

๕.๒ การบริการด้านการศึกษาสำหรับคนพิการ

- ไม่ต้องการรับบริการ ได้รับบริการแล้ว ระบุ.....
- ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ คำตอบ)
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> จัดหาสถานศึกษาให้เข้าเรียน | <input type="checkbox"/> สนับสนุนทุนการศึกษา |
| <input type="checkbox"/> สนับสนุนอุปกรณ์ทางการศึกษาหรือสื่อทางเลือกอื่น ๆ | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)..... |

๕.๓ การบริการด้านประกอบอาชีพและการมีงานทำ

- ไม่ต้องการรับบริการ ได้รับบริการแล้ว (ระบุ).....
- ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ คำตอบ)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> การฝึกอบรมวิชาชีพ | <input type="checkbox"/> การประกอบอาชีพอิสระ |
| <input type="checkbox"/> การจัดหางานในสถานประกอบการเอกชน | <input type="checkbox"/> การจัดหางานในหน่วยงานของรัฐ |
| <input type="checkbox"/> การสนับสนุนทุนประกอบอาชีพ | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)..... |

๕.๔ การได้รับสวัสดิการสังคมจากรัฐ

- ไม่ต้องการรับบริการ ได้รับบริการแล้ว (ระบุ).....
- ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ คำตอบ)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> การจัดให้มีผู้ช่วยคนพิการ | <input type="checkbox"/> การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวก |
| <input type="checkbox"/> สวัสดิการเบี้ยความพิการ | <input type="checkbox"/> การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย |
| <input type="checkbox"/> การให้บริการล่ามภาษามือ | <input type="checkbox"/> การลดหย่อนภาษี/ค่าบริการจากรายได้ |
| <input type="checkbox"/> การส่งเสริมการอุปการะเลี้ยงดู | <input type="checkbox"/> การสนับสนุนความเข้มแข็งขององค์กรด้านคนพิการ |
| <input type="checkbox"/> การสนับสนุนสามล้อโยก | <input type="checkbox"/> เทคโนโลยีสารสนเทศ การสื่อสาร และโทรคมนาคม |
| <input type="checkbox"/> หรือรถเข็นสำหรับคนพิการ | |
| <input type="checkbox"/> การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกีฬา นันทนาการ | <input type="checkbox"/> การกู้ยืมเงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ |
| <input type="checkbox"/> การร้องขอให้มีการขจัดการเลือกปฏิบัติและช่วยเหลือทางกฎหมาย | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)..... |

๕.๕ สภาพความเดือดร้อนของคนพิการ (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

- ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีงานทำ ไม่มีรายได้
- ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ ไม่มีโอกาสเรียนหนังสือ ไม่ได้รับการฝึกอาชีพ
- ไม่มีเงินทุนประกอบอาชีพ มีรายได้ไม่พอแก่การครองชีพ ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู
- ครอบครัวหรือผู้อุปการะมีฐานะยากจน ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- มีความลำบากเมื่อออกนอกบ้าน เช่น การเดินทางบนท้องถนน หรือไปติดต่อสถานที่ราชการ
- ถูกกีดกันไม่ให้มีโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม เรื่องอื่น ๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ยินยอม ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการ เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการครบถ้วน และเห็นควรให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการได้

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

- อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ ตามแบบคำขอมีบัตรฯ
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....
- ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

แบบและรายละเอียดของสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์

สถานที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

ได้ประเมิน ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว

เลขประจำตัวประชาชน ----

พบว่า มีความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ ตามประกาศสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ เรื่อง แบบและรายละเอียดของสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ พร้อมทั้งได้แนบภาพถ่ายมาด้วย ดังนี้

๑. ประเภทความพิการทางการเห็น
 - ไม่มีลูกตาทั้งสองข้าง
 - ไม่มีลูกตาดำทั้งสองข้าง
 - ลูกตาสีขาวขุ่นทั้งสองข้าง
 - ลูกตาฝ่อทั้งสองข้าง
๒. ประเภทความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
 - ไม่มีหูทั้งสองข้าง
๓. ประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
 - แขนขาดตั้งแต่ระดับข้อมือขึ้นไป อย่างน้อยหนึ่งข้าง
 - ขาขาดตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นไป อย่างน้อยหนึ่งข้าง

การเกิดความพิการ

- ตั้งแต่เกิด ภายหลัง จำนวน.....ปีเดือน

สาเหตุของความพิการ

- กรรมพันธุ์ โรคติดเชื้อ อุบัติเหตุ
 โรคอื่น ๆ ระบุ..... ไม่ทราบสาเหตุ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

