

งานที่ให้บริการ	การอำนวยความสะดวกในการทำบัตรประจำตัวคนพิการ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง โทรศัพท์ : ๐๔๓ - ๗๙๕๕๒๕ ต่อ ๑๓ โทรสาร : ๐๔๓ - ๗๙๕๕๒๕ ต่อ ๑๑	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๒.๐๐ น. และเวลา ๑๓.๐๐ น. - ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

-การทำบัตรประจำตัวคนพิการเป็นอำนาจหน้าที่ของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมหาสารคาม ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ แก้ไขเพิ่มเติมถึงฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๒ ตามมาตรา ๑๘ และมาตรา ๑๙ ที่กำหนดให้คนพิการอาจยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการต่อนายทะเบียนกลางหรือนายทะเบียนจังหวัด ณ สำนักงานทะเบียนกลางสำนักงานทะเบียนจังหวัด หรือสถานที่อื่นตามที่ระเบียบกำหนด

การยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ การออกบัตร การกำหนดเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการ การกำหนดสิทธิหรือการเปลี่ยนแปลงสิทธิ การสละสิทธิของคนพิการและอายุบัตรประจำตัวคนพิการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

-กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง ได้อำนวยความสะดวกในการทำบัตรประจำตัวคนพิการ เนื่องจากต้องการให้ประชาชนและผู้รับบริการได้รับความสะดวก สบาย ไม่ต้องเดินทางไปทำบัตรประจำตัวคนพิการด้วยตนเองที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมหาสารคาม แต่ถ้าคนพิการรายใดต้องการไปทำด้วยตนเองก็สามารถไปดำเนินการเองได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมหาสารคาม ในวันและเวลาราชการ

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
-กรณี อบต.หนองแสงอำนวยความสะดวกฯ ๑. ประชาสัมพันธ์การอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนในการทำบัตรประจำตัวคนพิการภายในตำบลหนองแสง	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ (ต่อ)	
ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๒.คนพิการหรือผู้แทนคนพิการกรอกคำขอ มีบัตรประจำตัวคนพิการพร้อมแนบเอกสาร (ระยะเวลา ๕ นาที)	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนหนองแสง
๓.เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของ เอกสาร (ระยะเวลา ๒ นาที)	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
๔.เจ้าหน้าที่ทำหนังสือราชการเพื่อประสาน ไปยังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์จังหวัดมหาสารคาม (ระยะเวลา ๒ วัน)	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
๕.สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์จังหวัดมหาสารคามจัดทำบัตรประจำตัว คนพิการและจัดส่งให้องค์การบริหาร ส่วนตำบลหนองแสง (ระยะเวลา ๑๐ วัน)	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนหนองแสง
๖.กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ นำบัตรประจำตัวคนพิการไปมอบให้กับผู้ พิการ/ผู้ดูแลคนพิการ	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
-กรณีไปดำเนินการด้วยตนเอง	
๑.คนพิการหรือผู้แทนคนพิการกรอกคำขอ มีบัตรประจำตัวคนพิการพร้อมแนบเอกสาร	สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์จังหวัดมหาสารคาม
๒.เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของ เอกสาร	สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์จังหวัดมหาสารคาม
๓.เจ้าหน้าที่จัดทำบัตรประจำตัวคนพิการ ให้แก่ผู้ยื่นคำขอ	สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์จังหวัดมหาสารคาม
๔.คนพิการหรือผู้แทนคนพิการรับบัตร ประจำตัวคนพิการ	สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์จังหวัดมหาสารคาม
ระยะเวลา	
-กรณี อบต.หนองแสง อำนวยความสะดวกแก่ผู้พิการ ใช้ระยะเวลา ๑๒-๑๓ วัน	

-กรณีไปดำเนินการด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลา ๑ วัน (ต้องเดินทางไปยังสำนักงาน (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมหาสารคาม)	
รายการเอกสารหลักฐานประกอบ	
เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้	
๑.แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ	จำนวน ๑ ชุด
รายการเอกสารหลักฐานประกอบ (ต่อ)	
๒.เอกสารหลักฐานแสดงตนของผู้ยื่นคำขอ ดังนี้	
๒.๑ กรณี อบต.หนองแสง อำนวยความสะดวกแก่ผู้พิการ	
-สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (คนพิการ)	จำนวน ๑ ฉบับ
-สำเนาทะเบียนบ้าน (คนพิการ)	จำนวน ๑ ฉบับ
-เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยผู้ประกอบวิชาชีพ เวชกรของสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลเอกชนที่ ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ แห่งชาติ ประกาศกำหนด	จำนวน ๑ ฉบับ
-รูปถ่ายคนพิการขนาด ๑ นิ้ว	จำนวน ๒ รูป
-สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ดูแล)	จำนวน ๑ ฉบับ
-สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ผู้ดูแล)	จำนวน ๑ ฉบับ
-หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ ฯ	จำนวน ๑ ฉบับ
๒.๒ กรณีไปดำเนินการด้วยตนเอง	
-สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (คนพิการ)	จำนวน ๑ ฉบับ
-สำเนาทะเบียนบ้าน (คนพิการ)	จำนวน ๑ ฉบับ
-เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยผู้ประกอบวิชาชีพ เวชกรของสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลเอกชนที่ ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ แห่งชาติ ประกาศกำหนด	จำนวน ๑ ฉบับ
-สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ดูแล)	จำนวน ๑ ฉบับ
-สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ผู้ดูแล)	จำนวน ๑ ฉบับ
-หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ ฯ	จำนวน ๑ ฉบับ
ค่าธรรมเนียม	
ไม่มีค่าธรรมเนียมในการบริการ	
การรับเรื่องร้องเรียน	
ถ้าหากการบริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง หมายเลขโทรศัพท์ ๐๔๓ - ๗๙๙๕๒๕ ต่อ ๑๑ และกอง สวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๔๓ - ๗๙๙๕๒๕ ต่อ ๑๓ เฉพาะกรณี	

อำนวยความสะดวกในการทำบัตรประจำตัวคนพิการ ไม่รวมกรณีและผู้พิการหรือผู้ดูแลคนพิการไปดำเนินการด้วยตนเอง

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ



แบบคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ

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

เพื่อประโยชน์ของการได้รับสิทธิและสวัสดิการตามกฎหมาย
รวมถึงผลประโยชน์อื่นใด กรุณาให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง ที่ถูกต้องและครบถ้วน



สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

รายละเอียดประกอบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปคนพิการ
ขนาด ๓ นิ้ว
อายุไม่เกิน ๖ เดือน

หน่วยงานรับคำขอ.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

๑. การขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

- ☐ ขอมีบัตรครั้งแรก
- ☐ ขอมีบัตรใหม่เนื่องจาก ☐ บัตรเดิมหมดอายุ ☐ ขำรุค
- ☐ สูญหาย ☐ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ
- ☐ ขอมีบัตรตลอดชีพ ☐ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ ☐ มีความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์

๒. เอกสารหลักฐานที่ใช้ในการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ ดังนี้

๒.๑ เอกสารของคนพิการ

- ☐ (๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาสูติบัตร หรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้
- ☐ (๒) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
- ☐ (๓) รูปถ่ายคนพิการขนาด ๓ 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

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 ☐ เป็นผู้ดูแล ☐ เปลี่ยนผู้ดูแล โดยมีรายละเอียด ดังนี้
- (๑) คำนำนานาม ☐ 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 ผู้ดูแลคนพิการประสงค์ที่จะให้มีการสนับสนุนจากรัฐในเรื่องใด (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)
- ☐ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ☐ ค่ารักษาพยาบาล
- ☐ กายอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการหรือสื่อส่งเสริมพัฒนาการ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕.๒ การบริการด้านการศึกษาสำหรับคนพิการ

- ☐ ไม่ต้องการรับบริการ ☐ ได้รับบริการแล้ว ระบุ.....
- ☐ ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ คำตอบ)
- ☐ จัดหาสถานศึกษาให้เข้าเรียน ☐ สนับสนุนทุนการศึกษา
- ☐ สนับสนุนอุปกรณ์ทางการศึกษาหรือสื่อทางเลือกอื่น ๆ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕.๓ การบริการด้านประกอบอาชีพและการมีงานทำ

- ☐ ไม่ต้องการรับบริการ ☐ ได้รับบริการแล้ว (ระบุ).....
- ☐ ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ คำตอบ)
- ☐ การฝึกอบรมวิชาชีพ ☐ การประกอบอาชีพอิสระ
- ☐ การจัดหางานในสถานประกอบการเอกชน ☐ การจัดหางานในหน่วยงานของรัฐ
- ☐ การสนับสนุนทุนประกอบอาชีพ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕.๔ การได้รับสวัสดิการสังคมจากรัฐ

- ☐ ไม่ต้องการรับบริการ ☐ ได้รับบริการแล้ว (ระบุ).....
- ☐ ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ คำตอบ)
- ☐ การจัดให้มีผู้ช่วยคนพิการ ☐ การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวก
- ☐ สวัสดิการเบี้ยความพิการ ☐ การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย
- ☐ การให้บริการล่ามภาษามือ ☐ การลดหย่อนภาษี/ค่าบริการจากรายได้
- ☐ การส่งเสริมการอุปการะเลี้ยงดู ☐ การสนับสนุนความเข้มแข็งขององค์กรด้านคนพิการ
- ☐ การสนับสนุนสามล้อยก ☐ เทคโนโลยีสารสนเทศ การสื่อสาร และโทรคมนาคม
- หรือรถเข็นสำหรับคนพิการ
- ☐ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกีฬา นันทนาการ ☐ การกู้ยืมเงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
- ☐ การร้องขอให้มีการจัดการเลือกปฏิบัติและช่วยเหลือทางกฎหมาย ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕.๕ สภาพความเดือดร้อนของคนพิการ (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

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

แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ | ๕

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผย
ข้อมูลส่วนบุคคลของพนักงานและผู้ดูแลคนพิการ 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 ตามประกาศสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต
คนพิการแห่งชาติ เรื่อง แบบและรายละเอียดของสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ พร้อมทั้งได้แนบภาพถ่าย
มาด้วย ดังนี้

๑. ประเภทความพิการทางการเห็น

- ☐ ไม่มีลูกตาทั้งสองข้าง
☐ ไม่มีลูกตาดำทั้งสองข้าง
☐ ลูกตาสีขาวขุ่นทั้งสองข้าง
☐ ลูกตาฝ่อทั้งสองข้าง

๒. ประเภทความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย

- ☐ ไม่มีรูหูทั้งสองข้าง

๓. ประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

- ☐ แขนขาตั้งแต่ระดับข้อมือขึ้นไป อย่างน้อยหนึ่งข้าง
☐ ขาขาตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นไป อย่างน้อยหนึ่งข้าง

การเกิดความพิการ

- ☐ ตั้งแต่เกิด ☐ ภายหลัง จำนวน.....ปีเดือน

สาเหตุของความพิการ

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

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

แบบคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ | ๗