



แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย
คนพิการ

หน่วยงานรับคำขอ.....
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

- ขอมีบัตรครั้งแรก
 ขอมีบัตรเนื่องจาก 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 ที่อยู่ในปัจจุบัน 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 รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ.....บาท/เดือน
- ๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว).....บาท
- ๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี)คน

๑.๑๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- ทางการเห็น ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย
 ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ทางสติปัญญา ทางการเรียนรู้ ทางอหิสติก

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ไม่มี มี (กรอกข้อมูลข้อ ๓.๒)

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(๑) คำนำนาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆ(ระบุ)

(๒) ชื่อ..... นามสกุล.....

(๓) เลขประจำตัวประชาชน - - - - - - - - -

เลขหนังสือเดินทาง (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)

(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ บิดามารดา บุตร สามีหรือภรรยา พี่น้อง
 ปู่ย่าตายาย ลุงป้าน้าอา 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

ใบมอบอำนาจทำบัตรประจำตัวคนพิการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เขียนที่.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

ซึ่งเป็นผู้พิการ อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....ออกเมื่อวันที่.....วันหมดอายุ.....

ขอมอบอำนาจให้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

เกี่ยวข้องกับคนพิการเป็น.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....เป็นผู้ดำเนินการ

ทำบัตรประจำตัวคนพิการ / ต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ / แทนข้าพเจ้า

เพิ่มผู้ดูแล ชื่อ-สกุล..... เป็นผู้ดูแลข้าพเจ้า

เปลี่ยนผู้ดูแล จากเดิม ชื่อ-สกุล.....

เปลี่ยนเป็น ชื่อ-สกุล.....บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

อื่นๆ.....

แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจของข้าพเจ้าได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการเองด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ (ผู้พิการ)

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

****แนบสำเนาบัตรประชาชนพร้อมลงลายมือชื่อทุกคน****

หมายเหตุ - การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา

หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ชื่อผู้รับรอง).....อายุ.....ปี
บัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรประจำตัวพนักงาน เลขที่.....
ตำแหน่ง..... ออกให้โดย.....
วันหมดอายุ..... มีสถานภาพเป็น

- กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น
 ประธานชุมชน พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ (ของหน่วยงานราชการ, รัฐวิสาหกิจ)

อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
โทรศัพท์..... ซึ่งอาศัย หรือปฏิบัติหน้าที่ อยู่ในพื้นที่เดียวกันกับคนพิการพักอาศัยอยู่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า (ชื่อผู้ดูแล).....
เป็นผู้ดูแลคนพิการชื่อ (ชื่อคนพิการ).....เลขประจำตัวประชาชน.....
.....จริง โดยผู้ดูแลคนพิการ มีความเกี่ยวพันเป็น.....
กับคนพิการ และเป็นผู้ดูแลคนพิการ ซึ่งปัจจุบันพักอาศัยอยู่บ้านหลังเดียวกันจริง ทั้งนี้เพื่อให้หนังสือรับรองฉบับนี้
เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา

- ออกบัตรประจำตัวคนพิการ เปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ เพิ่มชื่อผู้ดูแลคนพิการ

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

แนบสำเนาบัตรประจำตำแหน่ง พร้อมลงลายมือชื่อ	}	ลงชื่อ.....ผู้รับรอง (.....) ตำแหน่ง.....
กรณีไม่มีบัตรประจำตำแหน่ง ให้ใช้หนังสือแต่งตั้งและ สำเนาบัตรประชาชนพร้อมลงลายมือชื่อ		ลงชื่อ.....พยาน (.....)
แนบสำเนาบัตรประชาชนพร้อมลงลายมือชื่อ	}	ลงชื่อ.....พยาน (.....)

หมายเหตุ :

- บัตรประจำตัวกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น ประธานชุมชน พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พร้อมรับรองสำเนาบัตรประจำตัวมาด้วย
- การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา

หนังสือยินยอมให้เปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....
ออกให้โดย.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....
ในฐานะเป็น ผู้พิการ โดยมี นาย/นาง/นางสาว.....ผู้ดูแลพิการ มีชื่อที่ปรากฏใน
บัตรประจำตัวคนพิการ

ข้าพเจ้ายินยอมให้เปลี่ยนแปลงผู้ดูแลใหม่ จากเดิม นาย/นาง/นางสาว.....
เปลี่ยนเป็น นาย/นาง/นางสาว.....
บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....
โดยผู้ดูแลคนพิการคนใหม่มีความเกี่ยวพันเป็น.....กับผู้พิการ เพื่อให้ใช้หนังสือฉบับนี้เป็น
หลักฐานประกอบการขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อผู้ยินยอม

(.....)

ผู้พิการ

ลงชื่อ.....ผู้ดูแลใหม่

(.....)

แนบสำเนาบัตรประชาชนพร้อมลงลายมือชื่อ } ลงชื่อ.....ผู้ดูแลเดิม

(.....)

หมายเหตุ : การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางและทางอาญา

หนังสือรับรองบุคคล
(กรณีคนพิการไม่มีบัตรประชาชน)

รูปคนพิการ ๑ นิ้ว
ถ่าย ณ ปัจจุบัน

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....อายุ.....ปี
บัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรประจำตัวพนักงาน เลขที่.....
ออกให้โดย.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....
มีสถานภาพเป็น

- ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน
 ประธานชุมชน
 ข้าราชการ ระดับ 3 ขึ้นไป ตำแหน่ง.....สังกัด.....
- } ต้องอยู่ในพื้นที่เดียวกับคนพิการ

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัดชลบุรี โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า นาย / นาง / นางสาว / เด็กชาย / เด็กหญิง.....
เป็นบุคคลเดียวกันกับบุคคลที่มีชื่อระบุตามทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย.....
ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัดชลบุรี ลำดับที่จริง

ในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน และแนบสำเนาบัตรผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน
ประธานชุมชน หรือบัตรข้าราชการ มาพร้อมนี้

แนบสำเนาบัตรประจำตำแหน่ง
พร้อมลงลายมือชื่อ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)
ตำแหน่ง.....

แนบสำเนาบัตรประชาชนพร้อมลงลายมือชื่อ

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)
ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ :

- กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ประธานชุมชน/ข้าราชการ ต้องอยู่ในพื้นที่เดียวกับคนพิการ พร้อมรับรองสำเนาบัตรประจำตัวมาด้วย
- การรับรองเอกสารอันเป็นที่มีความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา

แบบคำขอยกเลิกมีบัตรประจำตัวคนพิการ

วันที่.....

เรียน นายทะเบียนกลาง/นายทะเบียนจังหวัดชลบุรี

ข้าพเจ้า (ต.ช./ต.ญ./นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน.....

- คนพิการ ผู้ปกครอง ผู้ดูแลคนพิการ ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล

กรณีเป็นผู้แทน

เป็นผู้แทนของคนพิการชื่อ (ต.ช./ต.ญ./นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน.....

มีความประสงค์ขอยกเลิกการมีบัตรประจำตัวคนพิการ เนื่องจาก

- คนพิการถึงแก่ความตาย
- ได้รับการฟื้นฟูจนไม่มีสภาพความพิการ / ลักษณะไม่ตรงตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ(ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๕
- ไม่ประสงค์มีบัตรประจำตัวคนพิการ เนื่องจาก.....

เอกสารที่ใช้ยื่นยกเลิกการมีบัตรประจำตัวคนพิการ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน ใบรับรองแพทย์
- คินสมุดคนพิการ หรือ บัตรประจำตัวคนพิการ
- สำเนาใบมรณบัตรคนพิการ สำเนาบัตรประชาชนของผู้แทน

ข้าพเจ้ารับทราบว่า การยกเลิกบัตรประจำตัวคนพิการ ทำให้ไม่มีสิทธิรับเบี้ยความพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ความเห็นของเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจหลักฐานแล้วเห็นสมควรดำเนินการดังนี้

- ดำเนินการตามคำร้องขอ เสนอต่อ นายทะเบียน เนื่องจาก
- ไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจาก

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

การพิจารณาของนายทะเบียน

- อนุมัติ
- ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....