



รูปถ่าย  
คนพิการ

## แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

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

- ขอมีบัตรครั้งแรก
- ขอมีบัตรเนื่องจาก  บัตรเดิมหมดอายุ  ชำรุด  สูญหาย  มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ  อายุครบกำหนดเป็นบริบูรณ์

### 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/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- ทางการเห็น  ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย  
 ทางจิตใจหรือพฤติกรรม  ทางสติปัญญา  ทางการเรียนรู้  ทางอุทิสติก

#### ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

- ๓.๑  ผู้ดูแลคนพิการ  ไม่มี  มี (กรอกข้อมูลข้อ ๓.๒)
- ๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้
- (๑) คำนำหน้านาม  เด็กชาย  เด็กหญิง  นาย  นาง  นางสาว  อื่นๆ(ระบุ) .....  
(๒) ชื่อ..... นามสกุล.....  
(๓) เลขประจำตัวประชาชน ..... - ..... - ..... - ..... - .....  
เลขหนังสือเดินทาง ..... (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)  
(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ  พิดามารดา  บุตร  สามีหรือภรรยา  พี่น้อง  
 พี่ย่าตายาย  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 ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.....  
(.....)

คนพิการ

ลงชื่อ.....  
(.....)

ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน

เลขประจำตัวประชาชน ..... - ..... - ..... - ..... - ..... - ..... - .....

#### ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน  เห็นควร  ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
เจ้าหน้าที่รับคำขอ

#### ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

- อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ  
 ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์  
 ความเห็นอื่น ๆ .....

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

## ສູນຫາຍ/ໜ້າຮັດ/ແກ້ໄຂບໍ່ອມສຳເຕັ້ນ

### ກຣົມທີ ១ ດັນພິກາຍືນຄໍາຂອງດ້ວຍຕາວອງ

៣. ສົນດຸປະຈຳຕ້າວອນພິກາຍເລີ່ມເຄີມ/ປ່ຽນປະຈຳຕ້າວອນພິກາຍໃນເບີດຟີ
៤. ສໍາເນົາບໍ່ຕ່າງປະຈຳຕ້າວປະຈຳບໍ່ອອນພິກາຍ ຈຳນວນ ៣ ຂັບປໍ (ຕ້ອງໄໝ່ທຸນດອາຍ)
៥. ສໍາເນົາທະບຽນບ້ານຂອງຄົນພິກາຍ ຈຳນວນ ៣ ຂັບປໍ
៦. ວຸປ່າຍຄົນພິກາຍ ແນ້ນ ៣ ນີ້ ២ ໃນ (ຄ່າຍາມາລ້ວມໍາເກີນ ១ ເຕືອນ)

### ກຣົມທີ ២ ບຸດຄລອ່ອມມາຢືນຄໍາຂອ່າພະນຸ

១. ໄປນອບອ້ານາຈ (ກຣົມທີໄມ່ໄປໆພອ ແມ່ ຄູ ດ້ວຍສະຫວອອຄົນພິກາຍ)
២. ສົນດຸປະຈຳຕ້າວອນພິກາຍເລີ່ມເຕີມ
៣. ສໍາເນົາທະບຽນບ້ານຂອງຄົນພິກາຍ ຈຳນວນ ៣ ຂັບປໍ
៤. ສໍາເນົາທະບຽນບ້ານຂອງຄົນພິກາຍ ຈຳນວນ ៣ ຂັບປໍ
៥. ວຸປ່າຍຄົນພິກາຍ ແນ້ນ ៣ ນີ້ ២ ໃນ (ຄ່າຍາມາແລ້ວໄມ່ເກີນ ១ ເຕືອນ)
៦. ສໍາເນົາບໍ່ຕ່າງປະຈຳຕ້າວປະຈຳບໍ່ອອນພິກາຍ ເປົ້າຢືນຄໍາຖານທານ ຈຳນວນ ៣ ຂັບປໍ (ຕ້ອງໄໝ່ທຸນດອາຍ)
៧. ສໍາເນົາທະບຽນບ້ານຂອງບຸດຄລົມທີ່ມາຢືນຄໍາຂອ່າພະນຸ ຈຳນວນ ៣ ຂັບປໍ

### \*\*\*\*ຫາກຕ້ອງກາຈອດທະບະເປີຍຜູ້ດູແລຄົນພິກາຍ\*\*\*\*

ຜູ້ດູແລຄົນພິກາຍຕ້ອງໃນປັນຜູ້ນົມຂອງໂປ່ນທະບະເປີຍນັບປານເຕີຍກັນກັບປົກພິກາຍທີ່ຮ່ວມເປັນຜູ້ດູແລຄົນພິກາຍ  
ຖືກຄົນພິກາຍວາດ້ວຍຫຼຸດຕ້ວາຍທານຄວາມເປັນຈິງ

### ກຣົມອ້າຕໍຍອ່ນບ້ານເຕີຍກັນ (ທະບຽນບ້ານເຕີຍກັນ) ໄທແນບເບົກສາຮ ຕັ້ງນີ້

១. ສໍານາບໍ່ຕ່າງປະຈຳຕ້າວປະຈຳບໍ່ອອນທຸນດອາຍ
២. ສໍານາທະບຽນບ້ານອອນຜູ້ແລ ຈຳນວນ ៣ ຂັບປໍ
៣. ສໍານາບໍ່ຕ່າງປະຈຳຕ້າວປະຈຳບໍ່ອອນທຸນດອາຍ (ທະບຽນບ້ານຕໍ່ກັນ) ໄທແນບເບົກສາ ຕັ້ງນີ້  
ທຳນັ້ນສື່ອຮົວຈຸດູແລຄົນພິກາຍ ແລະສໍາຄັນໃນປັບປຸງປ່າຍອົງກາງຜູ້ປ່ອງ (ຕ້ອງໄໝ່ທຸນດອາຍ)
៤. ສໍານາບໍ່ຕ່າງປະຈຳຕ້າວປະຈຳບໍ່ອອນ ຈຳນວນ ៣ ຂັບປໍ (ຕ້ອງໄໝ່ທຸນດອາຍ)
៥. ສໍານາທະບຽນບ້ານອອນຜູ້ແລ ຈຳນວນ ៣ ຂັບປໍ

### ກຣົມວ້າຍອ່ນບ້ານເຕີຍກັນ (ທະບຽນບ້ານຕໍ່ກັນ) ໄທແນບເບົກສາ ຕັ້ງນີ້

ສູນຍິນບົກສາຄົນພິກາຍລັງຫວັດຄໍາພຸງ  
ສັນພັນນາສັງຄມແລະຄວາມມື່ນຄົງຂອງນຸ່ມຫຼຸຍ ຈ.ລໍາພູນ  
ໂທ 053-511141,053-511188



## ข้อมูลครรภ์

## บัตรเดินทางมติอาชญา

### กรณีที่ ๑ คนพิการยื่นคำขอตัวต่อองค์กร

๑. เอ格สตราวัรบรองความพิการของโรงพยาบาล ทั่วจริง (ไม่ใช้รับรองแพทย์)
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการ จำนวน ๓ ฉบับ (ต้องไม่มีหนังสือยา)
๓. สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ จำนวน ๓ ฉบับ
๔. รูปถ่ายคนพิการ ขนาด ๑ นิ้ว ๒ ใบ (ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน)

### กรณีที่ ๒ บุคคลอื่นมาเยี่ยมคำขอแทน

๑. ใบมอบอำนาจ (กรณีไม่ถือ แม่ สุก คู่สมรสของคนพิการ)
๒. เอ格สตราวัรบรองความพิการของโรงพยาบาล ทั่วจริง (ไม่ใช้รับรองแพทย์)
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการ จำนวน ๓ ฉบับ (ต้องไม่มีหนังสือยา)
๔. สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ จำนวน ๓ ฉบับ
๕. รูปถ่ายคนพิการ ขนาด ๑ นิ้ว ๒ ใบ (ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน)
๖. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของบุตรครึ่งที่ไม่ยื่นคำขอแทน จำนวน ๑ ฉบับ (ต้องไม่มีหนังสือยา)
๗. สำเนาทะเบียนบันทึกของบุตรครึ่งที่มายื่นคำขอแทน จำนวน ๑ ฉบับ
๘. สำเนาทะเบียนบ้านของบุตรครึ่งที่มายื่นคำขอแทน จำนวน ๑ ฉบับ

\*\*\*\*\*หากต้องการจดทะเบียนผู้ดูแลคนพิการ\*\*\*\*\*

ผู้ดูแลคนพิการต้องเป็นผู้ซึ่งมีสิทธิอยู่ในประเทศไทยเป็นบ้านเดียวกันกับคนพิการหรือเป็นผู้ดูแลคนพิการซึ่งคนพิการอาศัยอยู่ด้วยตามความเป็นจริง

กรณีมาด้วยคนเดียว กัน (จะเบียนบ้านเดียวกัน) ให้แบบเอกสาร ตั้งนี้

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดูแล จำนวน ๑ ฉบับ (ต้องไม่มีหนังสือยา)
๒. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแล จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแล จำนวน ๑ ฉบับ
๔. หนังสือรับรองผู้ดูแลคนพิการ และถ้าเป็นบัตรประชาชนการผู้รับรอง (ต้องไม่มีหนังสือยา)
๕. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ (ต้องไม่มีหนังสือยา)
๖. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแล จำนวน ๑ ฉบับ
๗. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแล จำนวน ๑ ฉบับ

### กรณีที่ ๓ คนพิการยื่นคำขอตัวต่อองค์กร

๑. สมุดประวัติคนพิการเล่มเดิม / บัตรประจำตัวคนพิการเดิม
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ (ต้องไม่มีหนังสือยา)
๓. สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
๔. รูปถ่ายคนพิการ ขนาด ๑ นิ้ว ๒ ใบ (ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน)

### กรณีที่ ๔ บุคคลอื่นมาเยี่ยมคำขอแทน

๑. ใบมอบอำนาจ (กรณีไม่ถือ แม่ สุก คู่สมรสของคนพิการ)
๒. สมุดประวัติคนพิการเล่มเดิม / บัตรประจำตัวคนพิการเดิม
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ (ต้องไม่มีหนังสือยา)
๔. สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
๕. รูปถ่ายคนพิการ ขนาด ๑ นิ้ว ๒ ใบ (ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน)
๖. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของบุตรครึ่งที่มายื่นคำขอแทน จำนวน ๑ ฉบับ (ต้องไม่มีหนังสือยา)
๗. สำเนาทะเบียนบันทึกของบุตรครึ่งที่มายื่นคำขอแทน จำนวน ๑ ฉบับ
๘. สำเนาทะเบียนบ้านของบุตรครึ่งที่มายื่นคำขอแทน จำนวน ๑ ฉบับ

\*\*\*\*\*หากต้องการจดทะเบียนผู้ดูแลคนพิการ\*\*\*\*\*

ผู้ดูแลคนพิการต้องเป็นผู้ซึ่งมีสิทธิอยู่ในประเทศไทยเป็นบ้านเดียวกันกับคนพิการ และถ้าเป็นบัตรประชาชนการผู้รับรอง (ต้องไม่มีหนังสือยา)

### กรณีมาด้วยบุตรเดียว กัน (จะเบียนบ้านเดียวกัน) ให้แบบเอกสาร ตั้งนี้

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดูแล จำนวน ๑ ฉบับ (ต้องไม่มีหนังสือยา)
๒. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแล จำนวน ๑ ฉบับ
๓. หนังสือรับรองผู้ดูแลคนพิการ และถ้าเป็นบัตรประชาชนการผู้รับรอง (ต้องไม่มีหนังสือยา)
๔. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ (ต้องไม่มีหนังสือยา)
๕. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแล จำนวน ๑ ฉบับ
๖. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแล จำนวน ๑ ฉบับ
๗. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแล จำนวน ๑ ฉบับ

กรณีมาด้วยบุตรเดียว กัน (จะเบียนบ้านเดียวกัน) ให้แบบเอกสาร ตั้งนี้

๑. หนังสือรับรองผู้ดูแลคนพิการ และถ้าเป็นบัตรประชาชนการผู้รับรอง (ต้องไม่มีหนังสือยา)
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ (ต้องไม่มีหนังสือยา)
๓. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแล จำนวน ๑ ฉบับ

## หนังสือมอบอำนาจ

เรื่อง.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า .....

อายุ.....ปี เข็อชาติ..... สัญชาติ..... บุตร นาย/นาง.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

ได้มอบอำนาจให้.....

อายุ.....ปี เข็อชาติ..... สัญชาติ..... บุตร นาย/นาง.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการ.....

แทนข้าพเจ้านเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับพิจารณาในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มีมอบอำนาจนี้

เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายเซ็นไว้เป็น

สำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้มีอำนาจ

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน

(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ กฎหมายเป็นให้ใช้แทนและระบุข้อความให้ครบถ้วน

## หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

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

วันหมดอายุ..... มีสถานภาพเป็น

- กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน  ข้าราชการ  พนักงานรัฐวิสาหกิจ  สมาชิกสภาพัองถิน  
 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

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

หมายเหตุ :

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