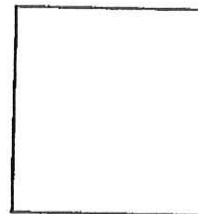




## แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ



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

ขอมีบัตรครั้งแรก

ขอมีบัตรใหม่เนื่องจาก

บัตรเดิมหมดอายุ

ขำรุด

สูญหาย

มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ

อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

### ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

๑.๑ คำนำหน้านาม  เด็กชาย  เด็กหญิง  นาย  นาง  นางสาว  อื่นๆ (ระบุ).....

๑.๒ ชื่อ.....สกุล.....

๑.๓ เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน

๑.๕ ศาสนา  พุทธ  คริสต์  อิสลาม  อื่นๆ (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.....

Email Address.....

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

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

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

### ๑.๙ การศึกษา

ไม่ได้เรียน

จบการศึกษาชั้นสูงสุด

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษาตอนต้น

มัธยมศึกษาตอนปลาย

อาชีวศึกษา (ปวช.)

ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

อนุปริญญา ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

ปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....  อื่นๆ (ระบุ).....

### ๑.๑๐ อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....

ประกอบอาชีพ

เกษตรกรรม

รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

ลูกจ้างเอกชน

รับจ้างทั่วไป

ธุรกิจส่วนตัว

อาชีพอื่นๆ (ระบุ).....

- ๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ.....บาท/เดือน  
๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว).....บาท  
๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี) .....คน

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

- ๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ  มี  ไม่มี  
๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้  
(๑) คำนำนานาม  เด็กชาย  เด็กหญิง  นาย  นาง  นางสาว  อื่นๆ (ระบุ)  
(๒) ชื่อ.....นามสกุล.....  
(๓) เลขประจำตัวประชาชน       
(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ  บิดามารดา  บุตร  สามเษหรือภรรยา  พี่น้อง  
 ปู่ย่าตายาย  ลุงป้า/น้าอา  บุคคลอื่นๆ (ระบุ).....  
(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....  
หมู่บ้าน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....โทรสาร.....  
Email Address.....  
(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล.....บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ  ยินยอม  ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูล ส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.....  
(.....)  
คนพิการ

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ผู้รับมอบอำนาจ

เลขประจำตัวประชาชน

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน และเห็นควรให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการได้

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....  
เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

- อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ  
 ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์  
 ความเห็นอื่น ๆ .....

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....  
เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

ผู้ยื่นคำขอฯ [ ] แจ้งด้วยตนเอง

[ ] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ-สกุล .....หมายเลขบัตรประชาชน □-□□□□-□□□□-□□□□

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ ..... นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .... อายุ.....ปี สัญชาติ.....

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ ซอย .....

ถนน..... ตำบล / แขวง ..... อำเภอ / เขต.....

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ □ - □□□□ - □□□□□ - □□□□

ประเภทความพิการ  ความพิการทางการมองเห็น  ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หรือ ออทิสติก

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย  ความพิการทางการเรียนรู้

พิการซ้ำซ้อน  ไม่ระบุความพิการ

สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  หม้าย  หย่าร้าง  แยกกันอยู่  อื่น ๆ .....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ ..... โทรศัพท์.....

เกี่ยวข้องกับโดยเป็น  บิดา-มารดา  บุตร  สามเณ-ภรรยา  พี่น้อง  อื่นๆ .....

สถานภาพสวัสดิการภาครัฐ  ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๔ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร.....เลขที่บัญชี □□□ - □ - □□□□□ - □

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ) .....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

(.....)



<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>ได้ตรวจสอบคุณสมบัติหมายเลขบัตรประจำตัว</p> <p>ประชาชน <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="checkbox"/></p> <p>ของนาย/นาง/นางสาว/..... แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีความประพฤติดี <input type="checkbox"/> เป็นผู้ขาดคุณสมบัติ</p> <p>ดังนี้.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายกองดีการบริหารส่วนตำบลศรีนคร</p> <p>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบ</p> <p>แล้ว มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ .....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>นายกองดีการบริหารส่วนตำบล.....</p> <p>วัน/เดือน/ปี.....</p>	

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. .... โดยเริ่มรับเงินเบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือน..... ในอัตราเดือนละ ๔๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีผู้พิการย้ายที่อยู่ ไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปยื่นคำขอลงทะเบียนที่ อปท.แห่งใหม่ทันที เพื่อรักษาสติให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการ