

- ๑.๑๑ รายได้จากกาการประกอบอาชีพของคณพิการ.....บาท/เดือน
๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คํานวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว).....บาท
๑.๑๓ จํานวนบุคคลที่คณพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี)คน

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคณพิการ

๓.๑ ผู้ดูแลคณพิการ ไม่มี มี (กรอกข้อมูลข้อ ๓.๒)

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคณพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(๑) คํานํานํานาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆ (ระบุ).....

(๒) ชื่อ..... นามสกุล.....

(๓) เลขประจำตัวประชาชน

(๔) ความสัมพันธ์กับคณพิการ 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 ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูล ส่วนบุคคลของคณพิการและผู้ดูแลคณพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคณพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.....

(.....)

คณพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับมอบอำนาจ

เลขประจำตัวประชาชน

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน และเห็นควรให้ออกบัตรประจำตัวคณพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

อนุมัติออกบัตรประจำตัวคณพิการ

ไม่อนุมัติ เนื่องจากคณพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินคณพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร