

ที่ บร ๘๐๔๐๕/๓๗๙



ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลโคกสนวน
๖๙ หมู่ ๑ ต.โคกสนวน อ.ชานี บร ๓๑๑๑๐

๔ ตุลาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ประชาสัมพันธ์ประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

เรียน กำนันตำบลโคกสนวน / ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ ๑ - ๘

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เรื่อง กำหนดแบบคำขอมีบัตร
ประจำตัวคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลโคกสนวนขอประชาสัมพันธ์เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์ในเรื่องที่เป็นประโยชน์ต่อคนพิการในเรื่องกำหนดแบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ นั้น

ในการนี้ องค์การบริหารส่วนตำบลโคกสนวน ขอความอนุเคราะห์จากทางผู้นำชุมชนได้ประชาสัมพันธ์ให้กับผู้พิการที่มีความพิการในด้านต่างๆ ที่ได้รับการวินิจฉัยรับรองความพิการจากแพทย์แล้วมีความประสงค์จะทำบัตรหรือต่อบัตรพิการสามารถสอบถามในการกรอกข้อมูลที่ไม่เข้าใจและขอรับแบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่องค์การบริหารส่วนตำบลโคกสนวนได้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายวิชัย วรครุฑ)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโคกสนวน

กองสวัสดิการสังคม

โทร ๐ ๔๔๖๖ ๖๔๐๘

โทรสาร ๐ ๔๔๖๖ ๖๓๙๒



ประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
เรื่อง กำหนดแบบคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๕ และข้อ ๘ ของระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ การออกบัตร และการกำหนดเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการ การกำหนดสิทธิหรือการเปลี่ยนแปลงสิทธิ และการขอสละสิทธิของคนพิการ และอายุบัตรประจำตัวคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๖ อธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เรื่อง กำหนดแบบคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ การยื่นแบบคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ ให้ใช้แบบแนบท้ายประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๙

(นายสมชาย เจริญอำนวยสุข)

อธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ



แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย
คนพิการ

หน่วยงานรับคำขอ.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

☐ ขอมีบัตรครั้งแรก

☐ ขอมีบัตรเนื่องจาก

☐ บัตรเดิมหมดอายุ

☐ ขำรุด

☐ สูญหาย

☐ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ

☐ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

๑.๑ คำนำนานาม ☐ 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 ที่อยู่ปัจจุบัน 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)

- ☐ ทางกาารเห็น ☐ ทางกาารได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ทางกาารเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
☐ ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ ทางสติปัญญา ☐ ทางกาารเรียนรู้ ☐ ทางออสติก

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ☐ ไม่มี ☐ มี (กรอกข้อมูลข้อ ๓.๒)

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- (๑) คำนำนหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ(ระบุ)
- (๒) ชื่อ..... นามสกุล.....
- (๓) เลขประจำตัวประชาชน - - เลขหนังสือเดินทาง (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)
- (๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ☐ บิดมารดา ☐ บุตร ☐ สามเษหรือภรรยา ☐ พี่น้อง
☐ ปู่ย่าตายาย ☐ ลุงป้าหน้าอา ☐ 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 เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมมีบัตรครบถ้วน ☐ เห็นควร ☐ ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

- ☐ อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ
☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
☐ ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร