



ที่ กส ๗๘๑๑๑.๐๒/ว ๗๕๐

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด
อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ๔๖๑๒๐

๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

เรียน ผู้ใหญ่บ้าน ทุกหมู่บ้าน

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. สำเนาประกาศจังหวัดกาฬสินธุ์	จำนวน ๑ ฉบับ
	๒. แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ	จำนวน ๑ ชุด
	๓. เอกสารประกอบการขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ	จำนวน ๑ ฉบับ
	๔. ตัวอย่างเอกสารรับรองความพิการ	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยองค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด ได้รับหนังสือจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกาฬสินธุ์ แจ้งว่าจังหวัดกาฬสินธุ์ได้ออกคำสั่งจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ ๕๗๒๖/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๖๕ แต่งตั้งเจ้าหน้าที่รับคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ และประกาศจังหวัดกาฬสินธุ์ ลงวันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๖๕ กำหนดหน่วยงานของรัฐในการรับคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกและลดภาระของประชาชนในการติดต่อรับบริการขอทำบัตรประจำตัวคนพิการ และขอความร่วมมือให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับทราบ

เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกและลดภาระของประชาชนในการติดต่อขอทำบัตรประจำตัวคนพิการ องค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด จึงขอความร่วมมือจากท่านประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับทราบว่าผู้ที่ประสงค์จะยื่นขอมีบัตรประจำตัวคนพิการหรือกรณีประสงค์จะต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ สามารถขอรับเอกสารและยื่นเอกสารคำขอบัตรประจำตัวคนพิการ ได้ที่ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป อปต.ยางตลาด กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด ในวันและเวลาราชการ โดยมีหลักฐานเอกสารประกอบการขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ ดังนี้

๑. แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ (ขีดเครื่องหมาย ✓ ตรงช่อง ขอมีบัตรครั้งแรก หรือ ขีดเครื่องหมาย ✓ ตรงช่อง บัตรเดิมหมดอายุ ชำรุด สูญหาย หรือมีการเปลี่ยนแปลง)
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาสูติบัตรของคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
๔. รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๒ รูป หรือถ่ายรูปผู้พิการในสมาร์ทโฟน
๕. เอกสารรับรองความพิการ (หนังสือรับรองแพทย์) จำนวน ๑ ฉบับ
๖. บัตรประจำตัวผู้พิการ (บัตรเดิม) กรณีขอต่ออายุ **กรณีมีผู้ดูแล เอกสารหลักฐานของผู้ดูแลคนพิการ**
 ๑. สำเนาบัตรประจำตัวของผู้ดูแลคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
 ๒. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ

รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วยนี้ หากมีข้อมูลสงสัยสามารถติดต่อสอบถามและขอรับเอกสารคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ ได้ที่ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป กองสวัสดิการสังคม โทร. ๐๔๓-๘๔๐๑๖๑

/จึงเรียน...

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์

ขอแสดงความนับถือ



(นายวราพงษ์ เศรษฐ์รักษา)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด

กองสวัสดิการสังคม
ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป อบต.ยางตลาด
โทรศัพท์/โทรสาร. ๐-๔๓๘๔-๐๑๖๑

เอกสารประกอบการยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ

๑. กรณีขอมิบัตรครั้งแรก

- ๑.๑ แบบคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ (ขีดเครื่องหมาย ✓ ตรงช่อง ขอมิบัตรครั้งแรก)
- ๑.๒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาสูติบัตรของคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
- ๑.๓ สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
- ๑.๔ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน หรือถ่ายรูปผู้พิการในสมาร์ทโฟน จำนวน ๒ รูป

๒. กรณีบัตรประจำตัวคนพิการหมดอายุ/ชำรุด/สูญหาย หรือมีการเปลี่ยนแปลง

- ๒.๑ แบบคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ (ขีดเครื่องหมาย ✓ ตรงช่อง ขอมิบัตรเนื่องจากบัตรเดิมหมดอายุ ชำรุด สูญหาย มีการเปลี่ยนแปลงฯ)
- ๒.๒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาสูติบัตรของคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
- ๒.๓ สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
- ๒.๔ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน หรือถ่ายรูปผู้พิการในสมาร์ทโฟน จำนวน ๒ รูป
- ๒.๕ บัตรประจำตัวคนพิการ (บัตรเดิม)

- กรณีมีผู้ดูแล เอกสารหลักฐานของผู้ดูแลคนพิการ

- ๑.๑ สำเนาบัตรประจำตัวของผู้ดูแลคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
- ๑.๒ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ

หมายเหตุ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ ให้ตรวจสอบผู้ดูแลคนพิการด้วยเป็นคนเดิมหรือเปลี่ยน ถ้าเปลี่ยนให้มี "หนังสือยินยอมให้เปลี่ยนผู้ดูแลฯ" ถ้าผู้ดูแลฯ ไม่ได้อยู่บ้านเลขที่เดียวกันก็มี "หนังสือรับรองการดูแลฯ"

บัตรประจำตัวคนพิการจะมีอายุใช้งาน ๘ ปี นับตั้งแต่วันออกบัตร เมื่อครบกำหนดแล้ว คนพิการจะต้องยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการใหม่ ณ สถานที่ ที่ให้บริการออกบัตรประจำตัวคนพิการ



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 ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
 ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ทางสติปัญญา ทางการเรียนรู้ ทางอหิสติก

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 บิดมารดา บุตร สามเณรภรรยา 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

หนังสือมอบอำนาจ

เรื่อง.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า

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

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

จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

ได้มอบอำนาจให้.....

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

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

จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการ.....

แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในกรณีที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้
เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็น
สำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....) ตัวบรรจง

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

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน

หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ

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

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ชื่อผู้รับรอง).....อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน/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 ทั้งนี้เพื่อให้ใช้หนังสือรับรองฉบับนี้
เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา

- ออกบัตรประจำตัวคนพิการ เปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ เพิ่มชื่อผู้ดูแลคนพิการ

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ :

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