



เอกสารที่ต้องใช้ในการขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

เอกสารผู้พิการ ให้แนบเอกสารดังนี้

- แบบคำขอมีบัตรประจำตัวประชาชนคนพิการ (กรอกข้อมูลให้ครบทั้งด้านหน้า-หลัง และผู้ที่เกี่ยวข้องเช่น รับรอง)
- สำเนาบัตรประชาชนของคนพิการ หรือสำเนาสูติบัตรกรณีเด็กที่ยังไม่มีบัตรประชาชน (เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง หรือกรณีที่ไม่สามารถเซ็นได้ให้พิมพ์ลายนิ้วมือของคนพิการ โดยมีพยานเซ็นรับรองลายพิมพ์นิ้วมือถูกต้อง ๒ คนกำกับ)
- สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ (เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง หรือกรณีที่ไม่สามารถเซ็นได้ให้พิมพ์ลายนิ้วมือของคนพิการ โดยมีพยานเซ็นรับรองลายพิมพ์นิ้วมือถูกต้อง ๒ คนกำกับ)
- รูปถ่ายของคนพิการ ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ ใบ
- เอกสารรับรองความพิการจากโรงพยาบาลฉบับจริง มีลายเซ็นแพทย์กำกับ ออกให้ไว้ไม่เกิน ๖ เดือน นับจากวันที่ยื่นคำร้อง (กรณีรายเก่าให้นำสมุดเล่มเดิมและบัตรประจำตัวคนพิการใบเก่ามาด้วย)
- หนังสือมอบอำนาจ (กรณีคนพิการไม่ได้มาทำบัตรด้วยตัวเอง กรอกข้อมูลให้ครบและเซ็นทุกจุด)

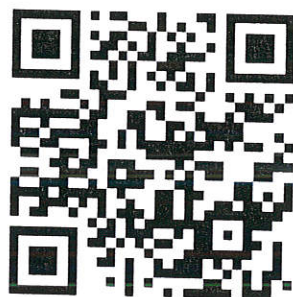
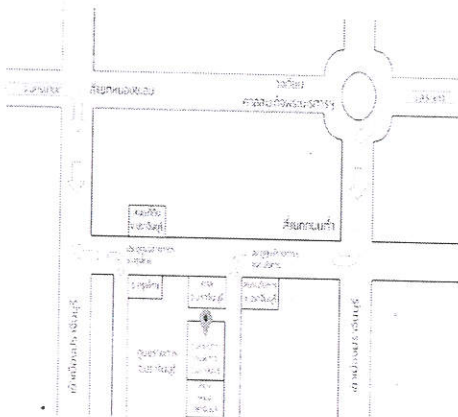
เอกสารผู้ดูแล (กรณีที่คนพิการต้องการมีผู้ดูแลคนพิการบนบัตรคนพิการ) ให้แนบเอกสารดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของ ผู้ดูแลคนพิการ (เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง)
- สำเนาทะเบียนบ้านของ ผู้ดูแลคนพิการ (เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง)
- หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ (เป็นผู้ปกครองท้องถิ่นหรือข้าราชการระดับ ๓ ขึ้นไป เช่นรับรอง)
- สำเนาบัตรประจำตัวตำแหน่งของผู้รับรอง หรือ สำเนาบัตรข้าราชการ (เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง)
- บันทึก ปค. ๑๔ ในกรณีที่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการไม่ได้อยู่ในทะเบียนบ้านเดียวกัน
- หนังสือยินยอมให้เปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ กรณีขอเปลี่ยนแปลงใส่ชื่อผู้ดูแลคนพิการคนใหม่

สามารถติดต่อขอออกบัตรคนพิการได้ที่ อาคารศูนย์บริการคนพิการจังหวัดปราจีนบุรี หรือ อบต./เทศบาล ในพื้นที่ที่อยู่ ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดปราจีนบุรี บริเวณศูนย์ราชการจังหวัดปราจีนบุรี

ถนนสุวินทวงศ์ ตำบลไม้เค็ด อำเภอเมืองปราจีนบุรี จังหวัดปราจีนบุรี ๒๕๒๓๐

โทร: ๐๓๗๖-๒๐๒๕๒ โทรสาร: ๐๓๗๔-๘๒๔๑๑



สแกน QR CODE นี้ เพื่อรับแผนที่การเดินทาง



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 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

เอกสารรับรองความพร้อมเพื่อการ โดยพิจารณาจากความบกพร่องตามคู่มือวินิจฉัยและตรวจวัดความผิดปกติตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
 ผู้ประเมินกรรมากรออกข้อมูลให้ครบถ้วนเพื่อสถานพยาบาล..... เดือน.....ปี

ข้าพเจ้า น.พ./พญ. ไปอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ เป็นแพทย์เฉพาะทาง โทรศัพท์.....
 ได้ประเมิน ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/น.ส. เลขประจำตัวประชาชนผู้รับการประเมิน.....

ประเภทความบกพร่อง (ประเมินโดยแพทย์เฉพาะทาง)	หัวข้อพิจารณา (พิจารณาตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป)	ผลการประเมิน		ระบุรายละเอียดลักษณะ ความบกพร่อง/พิการ	การเกิดความบกพร่อง/พิการ (ต้องพิจารณาแล้วไม่ต่ำกว่า 3-6 เดือน)	สาเหตุความบกพร่อง/พิการ
		ไม่บกพร่อง	บกพร่อง			
1. ทางการเห็น (ประเมินจากข้างที่ต่ำกว่า) *บกพร่องข้างเดียวไม่พิการ	- การเห็นของสายตา *น้อยกว่า 6/18 หรือ 20/70 ลงไป - สถานสายตา *ต่ำกว่า 30 องศา			() ตาบอด.....ข้าง ระบุ..... () ตาเลือนราง.....ข้าง ระบุ.....	() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน <input type="checkbox"/> สิ้นสุดการรักษา <input type="checkbox"/> ไม่สิ้นสุดการรักษา	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
2. ทางการได้ยินหรือ สื่อความหมาย (ประเมินจากข้างที่ต่ำกว่า) *บกพร่องข้างเดียวไม่พิการ	- การได้ยินเสียง *ตั้งแต่ 41 dB ขึ้นไป จนไม่ได้ยิน - การเข้าใจภาษาพูด - การใช้ภาษาพูด			() หูหนวก.....ข้าง..... () หูตึง.....ข้าง.....dB () สื่อความหมาย	() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน <input type="checkbox"/> สิ้นสุดการรักษา <input type="checkbox"/> ไม่สิ้นสุดการรักษา	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
3. ทางการเคลื่อนไหว หรือทางร่างกาย	- การเคลื่อนไหว มือ แขน ขา ร้องไห้ ลักษณะทั่วไปของร่างกาย *กรณี อวัยวะขาด ต้องไม่สามารถหยิบจับ สิ่งของได้ในชีวิตประจำวันได้			() การเคลื่อนไหว () ขาด ระบุ..... () อ่อนแรง ระบุ..... () อื่นๆ ระบุ..... () ร่างกาย	() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน <input type="checkbox"/> สิ้นสุดการรักษา <input type="checkbox"/> ไม่สิ้นสุดการรักษา	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
4. ทางจิตใจหรือพฤติกรรม	- สามารถจัด ทักษะพฤติกรรม *ICD 10			ระบุ.....	() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน <input type="checkbox"/> สิ้นสุดการรักษา <input type="checkbox"/> ไม่สิ้นสุดการรักษา	กรรม () โรคติดเชื้อ เหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
5. ทางสติปัญญา	- ความสามารถทางปัญญา * IQ <70			พัฒนาการ ระบุ..... () สติปัญญา	() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน <input type="checkbox"/> สิ้นสุดการรักษา <input type="checkbox"/> ไม่สิ้นสุดการรักษา	กรรม () โรคติดเชื้อ เหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
6. ทางการเรียนรู้	- ความสามารถทางการเรียนรู้ *Specific Learning Disorder (SLD)			ระบุ.....	() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน <input type="checkbox"/> สิ้นสุดการรักษา <input type="checkbox"/> ไม่สิ้นสุดการรักษา	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
7. ออทิสติก	- กลุ่มออทิสติก *Autism spectrum disorder *Pervasive developmental disorders			ระบุ.....	() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน <input type="checkbox"/> สิ้นสุดการรักษา <input type="checkbox"/> ไม่สิ้นสุดการรักษา	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ

*ประเภทความพิการในเอกสารรับรองฉบับนี้ต้องเป็นไปตาม มาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2556 เท่านั้น นายทะเบียนจึงจะพิจารณาออกบัตรประจำตัวคนพิการ
 สรุปผลการวินิจฉัย โดยพิจารณาจากความบกพร่องตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทหลักเกณฑ์ความพิการ
 ความเห็น ไม่มีความพิการ / ไม่เข้าเกณฑ์ความพิการ
 () ส่งต่อเจ้าหน้าที่ผู้ชำนาญการออกบัตรประจำตัวคนพิการพิจารณาตามกฎหมาย
 () ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ระบุ.....
 () ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ระบุ.....
 () อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้วินิจฉัย และตรวจประเมินความพิการ
 (.....) ตำแหน่ง.....
 ประทับตราสถานพยาบาล

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



ป.ค. ๑๔

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง การออกบัตรประจำตัวคนพิการ กรณีผู้ดูแลคนพิการอยู่คนละทะเบียนบ้าน

เรียน เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ข้าพเจ้า(ชื่อผู้รับรอง).....ว/ด/ป เกิด.....อายุ.....ปี

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....อาชีพ..... มีสถานะเป็น

(.....) กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน

(.....) ประธานชุมชน

(.....) ข้าราชการระดับ ๓ หรือเทียบเท่าขึ้นไป

ขอให้การรับรองว่า (ชื่อผู้ดูแล).....เลขบัตรประจำตัวประชาชน

..... เป็นผู้ดูแลคนพิการ (ชื่อคนพิการ).....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....จริง โดยผู้ดูแลคนพิการมีความเกี่ยวพันเป็น

.....กับคนพิการ

เพื่อเป็นหลักฐาน ในการนี้ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้บันทึก

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ ๑. พร้อมแนบหลักฐาน ดังนี้

- สำเนาบัตรบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ

- สำเนาบัตรบัตรประจำตัวกำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน/ประธานชุมชน พร้อมแนบสำเนาบัตรบัตรประจำตัวประชาชน และทะเบียนบ้าน

๒. ใช้กรณีทำบัตรครั้งแรกผู้ดูแลคนพิการกับคนพิการอยู่คนละทะเบียนบ้าน หรือกรณีเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ

หนังสือยินยอมให้เปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....

ออกให้โดย.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....

ในฐานะเป็น ผู้พิการ โดยมี นาย/นาง/นางสาว.....ผู้ดูแลพิการ มีชื่อที่ปรากฏใน

บัตรประจำตัวคนพิการ

ข้าพเจ้ายินยอมให้เปลี่ยนแปลงผู้ดูแลใหม่ จากเดิม นาย/นาง/นางสาว.....

เปลี่ยนเป็น นาย/นาง/นางสาว.....

บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....

โดยผู้ดูแลคนพิการคนใหม่มีความเกี่ยวพันเป็น.....กับผู้พิการ เพื่อให้ใช้หนังสือฉบับนี้เป็น

หลักฐานประกอบการขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อผู้ยินยอม

(.....)

ผู้พิการ

ลงชื่อ.....ผู้ดูแลใหม่

(.....)

แนบสำเนาบัตรประชาชนพร้อมลงลายมือชื่อ

}

ลงชื่อ.....ผู้ดูแลเดิม

(.....)

หมายเหตุ : การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางและทางอาญา

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้

ขอมอบอำนาจให้.....อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจดำเนินการเรื่องบัตรประจำตัวคนพิการในกรณี ขอยื่นคำร้องต่อนายทะเบียนจังหวัด
ปราจีนบุรี เพื่อ

(.....) ขอมีบัตรใหม่

(.....) ขอมีบัตรใหม่ เนื่องจากบัตรเดิมหมดอายุ

(.....) ขอมีบัตรใหม่ เนื่องจากชำรุด/สูญหาย/มีการแก้ไขข้อมูลสำคัญ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้ เหมือนข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)