คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ **การขอมีบัตรประจำตัวคนพิการและขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ**

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

-งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด อบต.กอลำ

-โทรศัพท์: ๐๗๓-๗๑๙-๗๗๓

-เว็บไซต์: https://kolum.go.th

-Facebook: อบต.กอลำ อ.ยะรัง จ.ปัตตานี

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

-วันจันทร์ ถึง ศุกร์ (ยกเว้น วันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

-เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.

-ใช้ระยะเวลาในการดำเนินทั้งสิ้น ไม่เกิน ๕ นาที/ราย

หลักเกณฑ์ และขั้นตอนการยื่นคำขอ

หลักเกณฑ์

๑. มีสัญชาติไทย

๒. เป็นผู้ที่มีชื่อตามทะเบียนบ้านอยู่ในเขตตำบลกอลำ

๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ

๔. ไม่เป็นบุคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยรับเงินสดด้วยตนเอง หรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณีในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบธรรม คนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถให้ผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณียื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว

ขั้นตอนการยื่นคำขอ

๑. คนพิการ ยื่นเอกสารที่ใช้ในการขอมีบัตรประจำตัวคนพิการและขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร คุณสมบัติ

๓. เสนอผู้บริหาร

๔.จัดทำบัญชีรายชื่อ ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงิน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

๑. แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

๒. เอกสารรับรองความพิการ ออกโดยหน่วยงานของรัฐ

๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

๔. สำเนาทะเบียนบ้าน

๕. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร #หมายเหตุ: สำเนาเอกสารต้องลงลายมือชื่อ พร้อมรับรองสำเนา

ค่าธรรมเนียม

- ไม่มีค่าธรรมเนียม

กฎหมายที่ใช้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ ซึ่งมีการแก้ไขเพิ่มเติมถึงฉบับล่าสุดคือ ฉบับที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๖๒



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..... ชื่อกลาง..... นามสกุล.....
Name..... Middle name..... Surname.....
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/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

☐ ทางการเห็น ☐ ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
☐ ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ ทางสติปัญญา ☐ ทางการเรียนรู้ ☐ ทางออทิสติก

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 ○ 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 ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....
(.....) (.....)
คนพิการ ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน
เลขประจำตัวประชาชน .... - .... - .... - .... - .....

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน ○ เห็นควร ○ ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

○ **อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ**

○ **ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์**

○ **ความเห็นอื่น** ๆ .....

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

ทะเบียนเลขที่...../....๒๕๗๐....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ องค์การบริหารส่วนตำบลกอลำ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา - มารดา ☐ บุตร ☐ สามี- ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการ ☐ อื่นๆ .....
ลงทะเบียนชื่อ – สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ ที่อยู่.....
.....โทรศัพท์.....

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

คำนำหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
ชื่อ.....นามสกุล.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
อายุ.....ปี สัญชาติ..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล กอลำ อำเภอ ยะรัง จังหวัด ปัตตานี รหัสไปรษณีย์.....๙๔๑๖๐.....โทรศัพท์.....
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้พิการที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา ☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
☐ ความพิการทางการเรียนรู้ ☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางออทิสติก
☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ พิการซ้ำซ้อน ☐ ไม่ระบุความพิการ

สถานภาพ ❑ โสด ❑ สมรส ❑ หม้าย ❑ หย่าร้าง ❑ แยกกันอยู่ ❑ อื่น ๆ.....
บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ .....โทรศัพท์.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ยังไม่เคยได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....
☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
☐ มีอาชีพ (ระบุ)..... รายได้ต่อเดือน(ระบุ).....บาท

มีความประสงค์ในการแสดงเจตจำนงเป็นลายลักษณ์อักษรให้รับเงินเบี้ยความพิการแทน “ทั้งในขณะมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว” ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ..... โดยวิธีดังต่อไปนี้ **(เลือก 1 วิธี)**

❑ เงินสดนามผู้มีสิทธิ ❑ เงินสดในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
❑ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ❑ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
ธนาคาร.....ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี .....

พร้อมแนบเอกสารดังนี้

❑ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ❑ สำเนาทะเบียนบ้าน
❑ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร..... สาขา.....
บัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....
❑ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯแทน)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่เป็นบุคคลที่อยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการหากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

(ลงชื่อ).....
(.....)
ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....
(.....)
เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว/.....

.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ แล้ว

❑ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ❑ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ

เนื่องจาก.....

.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโนนยอ

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมีความเห็นดังนี้

❑ สมควรรับลงทะเบียน ❑ ไม่สมควรรับลงทะเบียน

กรรมการ (ลงชื่อ) .....

(นางสาวซอฟียานี เปาะเยะ)

นักพัฒนาชุมชน

กรรมการ (ลงชื่อ) .....

(นางนูรีดา มะยา)

หัวหน้าสำนักปลัด

กรรมการ (ลงชื่อ) .....

(นางสาวมานิตา แดสามัญ)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลกอลำ

คำสั่ง

❑ รับลงทะเบียน ❑ ไม่รับลงทะเบียน ❑ อื่น ๆ .....

.....

(ลงชื่อ).....

(นายอิสมาแอ วิชา)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลกอลำ

วัน/เดือน/ปี.....

ตัดตามเส้นประให้คนพิการที่ขึ้นทะเบียนเก็บไว้

ทะเบียนเลขที่...../.....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ..... โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการตั้งแต่เดือน..... ในอัตราเดือนละ ..... บาท <u>กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่โดยทันที</u> เพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

<u>คำร้องทั่วไป</u>

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง .....

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลคลองกิ่ว

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

มีความประสงค์.....

.....

.....

.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

<u>ความเห็นเจ้าหน้าที่</u>

.....

.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(.....)

<u>ความเห็นหัวหน้าหน่วยงาน</u>

.....

.....

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงาน

(.....)

<u>ความเห็น รองปลัด อบต. / ปลัด อบต.</u>	**<u>คำสั่ง</u>**
.....	.....
.....	.....
ลงชื่อ	ลงชื่อ.....
(.....)	(.....)

แบบความประสงค์ประกอบคำขอมีบัตรคนพิการ

กรณี ประสงค์ไม่ระบุชื่อผู้ดูแลในบัตรคนพิการ

เขียนที่ สนง.พมจ..ชลบุรี

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

เรื่อง แจ้งความประสงค์ไม่ระบุชื่อผู้ดูแลในบัตรคนพิการ

ตามที่ ข้าฯ คำนำหน้าอื่น ..... ชื่อ – สกุล.....
หมายเลขโทรศัพท์ ..... ได้ยื่นคำขอมีบัตรคนพิการต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชลบุรีในคราวเดียวกันนี้ นั้น

พนักงานเจ้าหน้าที่ได้แจ้งรายละเอียดเรื่องผู้ดูแลคนพิการ รวมถึงสอบถามความประสงค์ระบุชื่อผู้ดูแลในบัตรคนพิการให้ข้าฯ ทราบ โดยเข้าใจดีแล้ว

โดย ขอแจ้งว่า ข้าฯ ○ **ประสงค์** ระบุชื่อผู้ดูแลในบัตรคนพิการ

○ **ไม่ประสงค์** ระบุชื่อผู้ดูแลในบัตรคนพิการ

ข้าฯ ขอรับรองว่า พนักงานเจ้าหน้าที่มิได้กระทำการใด ๆ ซึ่งเป็นการให้คำมั่นสัญญา ขู่เข็ญ หลอกลวง บังคับ หรือกระทำโดยมิชอบไม่ว่าประการใด เพื่อจูงใจข้าพเจ้าให้ระบุข้อความในเอกสารนี้ ข้าฯ ได้อ่านเอกสารฉบับนี้จนเข้าใจดีแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าเจ้าหน้าที่เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ. ..... ผู้ยื่น

(..... .....)

แบบคำขอเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... .....

○ เป็นผู้ถือบัตรประจำตัวคนพิการ ○ เป็นผู้ปกครอง ○ เป็นผู้พิทักษ์

○ ผู้อนุบาล ○ เป็นผู้ดูแลคนพิการ

☐ ขอแก้ไขผู้ดูแลคนพิการ โดยให้..... .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....มีความสัมพันธ์เป็น.....ของข้าพเจ้า

และเป็นผู้ซึ่ง ○ อุปการะเลี้ยงดู หรือรับดูแลข้าพเจ้า ○ อาศัยอยู่ด้วยกันตามความจริง

☐ ทะเบียนบ้านเดียวกัน ☐ คนละทะเบียนบ้าน

☐ ขอยกเลิกมีบัตรประจำตัวคนพิการ

☐ คนพิการถึงแก่ความตาย โดยมีใบมรณะบัตรเป็นหลักฐาน

☐ ได้รับการฟื้นฟูจนไม่มีสภาพความพิการ โดยมีเอกสารรับรองความพิการเป็นหลักฐาน

☐ ไม่ประสงค์มีบัตรประจำตัวคนพิการ เนื่องจาก..... .....

.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ตลอดจนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงานบัตรประจำตัวคนพิการ และใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว สำหรับส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ รวมถึงสิทธิสวัสดิการที่เกี่ยวข้องตามกฎหมาย

ข้าพเจ้ารับรองว่าคำขอนี้ถูกต้องตรงตามเจตนารมณ์ทุกประการ หากปรากฏเป็นความเท็จ ข้าพเจ้าขอรับผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและอาญา จึงลงลายมือชื่อ/พิมพ์ลายนิ้วมือ ไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าเจ้าหน้าที่ และพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ถ้อยคำ (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่รับคำขอ

(.....) คนพิการ (.....) ผู้บันทึก

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า เป็นคำขอและลายมือชื่อ/ลายนิ้วมือ แท้จริงของผู้ขอรับบริการ โดยยื่นคำขอต่อหน้าเจ้าหน้าที่ พร้อมลงลายมือชื่อ/พิมพ์ลายนิ้วมือ ต่อหน้าข้าพเจ้า

(ลงชื่อ).....พยาน (ลงชื่อ).....พยาน

(.....) (.....)

หมายเหตุ ๑. กรุณาเขียนข้อมูลให้ชัดเจน ครบถ้วน หากมีการแก้ไขให้ขีดฆ่าและผู้ยื่นคำขอลงลายมือชื่อกำกับไว้

๒. แบบคำขอนี้ใช้เป็นหลักฐานประกอบของงานบัตรประจำตัวคนพิการเท่านั้น

**** ๓. กรณีเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ ตามกฎหมาย คนพิการต้องแจ้งว่า ผู้นั้นได้อุปการะหรืออาศัยอยู่ด้วยเป็นสำคัญและหากมีผู้ดูแลเดิม ต้องได้รับความยินยอม โดยลงลายมือชื่อเป็นพยานด้วย

หนังสือมอบอำนาจ

เรื่อง.....

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า .....
อายุ..... ปี เชื้อชาติ ..... สัญชาติ ..... อยู่บ้านเลขที่ .....
ตรอก, ซอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....
อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....

ได้มอบอำนาจให้ ..... อายุ .....ปี
เชื้อชาติ ..... สัญชาติ ..... อยู่บ้านเลขที่ .....
ตรอก, ซอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....
อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....เป็นผู้มีอำนาจ
จัดการ .....
แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการและข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจของข้าพเจ้าได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้
เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการเองด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

..... **ผู้มอบอำนาจ**
( )

..... **ผู้รับมอบอำนาจ**
( )

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือ หรือ ลายนิ้วมืออันแท้จริงของผู้มอบอำนาจกับผู้รับมอบอำนาจ และ
ผู้รับมอบอำนาจกับผู้มอบอำนาจ ได้ลงลายมือชื่อต่อหน้าข้าพเจ้าแล้ว

..... **พยาน**
( )

..... **พยาน**
( )

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** มีชื่อที่ปรากฏในบัตรประจำตัวคนพิการ

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

เปลี่ยนเป็น นาย/นาง/นางสาว.....

บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....

โดยผู้ดูแลคนพิการคนใหม่มีความเกี่ยวพันเป็น.....กับผู้พิการ เพื่อให้ใช้หนังสือฉบับนี้เป็นหลักฐานประกอบการขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ .....ผู้ยินยอม

(.....)

ผู้พิการ

ลงชื่อ.....**ผู้ดูแลใหม่**

(.....)

แนบสำเนาบัตรประชาชนพร้อมลงลายมือชื่อ ลงชื่อ.....**ผู้ดูแลเดิม**

(.....)

หมายเหตุ : การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางและทางอาญา

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 ทั้งนี้เพื่อให้ใช้หนังสือรับรองฉบับนี้เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา

☐ ออกบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ เปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ ☐ เพิ่มชื่อผู้ดูแลคนพิการ

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ :

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