



ที่ กส ๗๘๑๑๑.๐๒/ว ๘๓๐

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด
อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ๔๖๑๒๐

๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕

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 หรือถ่ายรูปผู้พิการในสมาร์ทโฟน จำนวน ๒ รูป
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 ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปฯ กองสวัสดิการสังคม โทร. ๐๔๓-๘๔๐๑๖๑

/จึงเรียน...

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์

ขอแสดงความนับถือ



(นายวราพงษ์ เศรษฐ์รักษา)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด

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

ร่าง.....
พิมพ์.....
ทาน.....
ตรวจ.....

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 จำนวน ๒ รูป
หรือถ่ายรูปผู้พิการในสมาร์ทโฟน

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 จำนวน ๒ รูป
หรือถ่ายรูปผู้พิการในสมาร์ทโฟน
- 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



ประกาศจังหวัดกาฬสินธุ์

เรื่อง กำหนดหน่วยงานของรัฐในการรับคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการจังหวัดกาฬสินธุ์

ตามที่ระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ การออกบัตร และการกำหนดเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจ ออกบัตรประจำตัวคนพิการ การกำหนดสิทธิหรือการเปลี่ยนแปลงสิทธิ และการขอสละสิทธิของคนพิการ และอายุบัตรประจำตัวคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการออกบัตร ประจำตัวคนพิการใหม่ ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นั้น

ดังนั้น เพื่อให้การออกบัตรประจำตัวคนพิการเป็นไปด้วยความเรียบร้อย สอดคล้องกับระเบียบ และข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับหลักเกณฑ์และวิธีการออกบัตรประจำตัวคนพิการ ตามความในข้อ ๖ แห่งระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ การออกบัตร และการกำหนดเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร ประจำตัวคนพิการ การกำหนดสิทธิหรือการเปลี่ยนแปลงสิทธิ และการขอสละสิทธิของคนพิการ และ อายุบัตรประจำตัวคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม จึงประกาศกำหนดหน่วยงานที่รับคำขอมิบัตร ประจำตัวคนพิการ ดังต่อไปนี้

๑. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกาฬสินธุ์
๒. ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดกาฬสินธุ์
๓. โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งในจังหวัดกาฬสินธุ์
๔. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งในจังหวัดกาฬสินธุ์

ให้หน่วยงานตามประกาศนี้ ดำเนินการรับคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ และส่งคำขอมิบัตร ประจำตัวคนพิการ ให้แก่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่คนพิการ และให้เป็นไปตามระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ แห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ การออกบัตร และการ กำหนดเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการ การกำหนดสิทธิหรือการเปลี่ยนแปลงสิทธิ และการขอสละสิทธิของคนพิการ และอายุบัตรประจำตัวคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕

(นายทรงพล ใจกริ่ม)
ผู้ว่าราชการจังหวัดกาฬสินธุ์



แบบคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ



รูปถ่าย
คนพิการ

หน่วยงานรับคำขอ.....
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

- ขอมิบัติครั้งแรก
- ขอมิบัติเนื่องจาก
 - บัณฑิตหมดอายุ
 - 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

๑.๑๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- 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 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

ผู้ประเมินความสามารถขอให้ระบุชื่อและตรวจประเมินความสามารถ ความสามารถทางการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
 อำเภอ..... จังหวัด.....
 วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
 ใต้ประเมิน ค.ร./ค.ญ./นาย/นาง/น.ส. ในชื่อคุณประจักษ์พงษ์พรธรรม เลขที่ ๖ เป็นแพทย์เฉพาะทาง เลขประจำตัวประชาชน

ประเภทความบกพร่อง	หัวข้อพิจารณา (พิจารณาตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป)	ผลการประเมิน		ระบุรายละเอียดลักษณะความบกพร่อง/วิธีการ	การเกิดความบกพร่อง/วิธีการ (ต้องพิจารณาแล้วไม่น้อยกว่า 3-6 เดือน)	สาเหตุความบกพร่อง/วิธีการ
		ไม่บกพร่อง	บกพร่อง			
1.ทางการเห็น (ประเมินจากช่วงที่ต่ำกว่า)	- การเห็นของสายตาสายตา *น้อยกว่า 6/18 หรือ 20/70 คนปี - สายตาสายตา *มากกว่า 30 องศา			() ทัศนคติ *น้อยกว่า 6/18 หรือ 20/70 คนปี () ทัศนคติตรง...ข้าง □ L □ R ระบุ.....	() ทัศนคติเกิด () ภายหลัง จำนวน...ปี.....เดือน □ สิ้นสุดการรักษา □ ไม่สิ้นสุดการรักษา	() ทัศนคติกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
*ช่วงที่ต่ำกว่า	- การได้ยินเสียง *พิจารณาตามช่วงวัยของอายุ			() หูหนวก.....ข้าง □ L □ R () หูตึง □ L.....dB □ R.....dB () สื่อความหมาย	() ตั้งแต่นเกิด () ภายหลัง จำนวน...ปี.....เดือน □ สิ้นสุดการรักษา □ ไม่สิ้นสุดการรักษา	() ทัศนคติกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
2.ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย (ประเมินจากช่วงที่ต่ำกว่า)	- การใช้ภาษาพูด - การเข้าใจภาษาพูด			() สื่อความหมาย	□ สิ้นสุดการรักษา □ ไม่สิ้นสุดการรักษา	() ทัศนคติกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
3.ทางการเคลื่อนไหวหรือทรงตัว	- การเคลื่อนไหว มือ แขน ขา หรือเท้า - การเคลื่อนไหวของร่างกาย			() การเคลื่อนไหว () ขาด ระบุ..... () อ่อนแรง ระบุ..... () อื่นๆ ระบุ..... () ร่างกาย ระบุ.....	□ สิ้นสุดการรักษา □ ไม่สิ้นสุดการรักษา	() ทัศนคติกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
4.ทางจิตใจหรือพฤติกรรม	- อาการทางจิตวิทยา *ICD 10 หรือพิจารณาตามคู่มือ ICD 10 - ความผิดปกติทางปัญญา *IQ < 70 หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัย			ระบุ..... พัฒนา ระบุ..... สติปัญญา ระบุ.....	() ภายหลัง จำนวน...ปี.....เดือน □ สิ้นสุดการรักษา □ ไม่สิ้นสุดการรักษา	() ทัศนคติกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
5.ทางสติปัญญา	- ความสามารถทางการเรียนรู้ *Specific Learning Disorder (SLD) หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัย			ระบุ.....	() ตั้งแต่นเกิด () ภายหลัง จำนวน...ปี.....เดือน □ สิ้นสุดการรักษา □ ไม่สิ้นสุดการรักษา	() ทัศนคติกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
6.ทางการเรียนรู้	- ความสามารถทางการเรียนรู้ *Specific Learning Disorder (SLD) หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัย			ระบุ.....	() ตั้งแต่นเกิด () ภายหลัง จำนวน...ปี.....เดือน □ สิ้นสุดการรักษา □ ไม่สิ้นสุดการรักษา	() ทัศนคติกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
7.ออทิซึมติก	- กลุ่มออทิซึมติก *Autism spectrum disorders * pervasive developmental disorders			ระบุ.....	() ตั้งแต่นเกิด () ภายหลัง จำนวน...ปี.....เดือน □ สิ้นสุดการรักษา □ ไม่สิ้นสุดการรักษา	() ทัศนคติกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ

ประเมินความสามารถโดยเอกสารรับรองฉบับต้องเป็นไปตาม พพร. 4 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๖) พ.ศ.2556 เท่านั้น นายแพทย์ประจักษ์พงษ์พรธรรมออกบัตรประจำตัวคนพิการ

กรุณากรอกรายละเอียด โดยพิจารณาจากความบกพร่องตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ ๖ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความสามารถทางการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความสามารถทางการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทหลักเกณฑ์ความสามารถ

- มีความพิการ / ไม่เข้าเกณฑ์ความสามารถ
- () ส่งต่อเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการหรือความพิการ
 - () ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ระบุ.....
 - () ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ระบุ.....
 - () ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ระบุ.....

ลงชื่อ..... แพทย์ วิชาจิต และตรวจประเมินความสามารถ
 ระบุตำแหน่ง.....
 ตําแหน่ง.....
 หน่วยงาน.....