

**แบบจดทะเบียนคนพิการ**  
**สำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ**  
**สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก**  
**เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ**



แบบจดทะเบียนคนพิการฉบับนี้ ใช้กรอกข้อมูลให้กับคนพิการที่มาจดทะเบียนเป็นครั้งแรกเท่านั้น ในกรณีคนพิการขอปรับเปลี่ยนข้อมูล เช่น ชื่อ/นามสกุลที่อยู่ ฯลฯ หรือกรณีขอเปลี่ยนสมุดประจำตัวคนพิการใหม่ เนื่องจาก สมุดหาย/ชำรุด หรือสมุดฯ หมดอายุ คนพิการต้องกรอกแบบฟอร์มขอดำเนินการเรื่องการจดทะเบียนและเจ้าหน้าที่จัดส่งแบบฟอร์มดังกล่าวมายังสำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการเพื่อดำเนินการปรับเปลี่ยนข้อมูลในฐานข้อมูลต่อไป

เจ้าหน้าที่ผู้จดทะเบียนคนพิการสามารถศึกษาขั้นตอนการจดทะเบียนคนพิการและข้อปฏิบัติในกรณีต่าง ๆ จาก ปกในด้านหน้า/ด้านหลัง และปกหลังด้านนอก

# ข้อปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการจดทะเบียนคนพิการ

## ขั้นตอนที่ 1 การตรวจสอบเอกสาร

ตรวจเอกสารให้ครบ โดยตรวจสอบทั้งฉบับจริงและฉบับสำเนา เนื่องจากมีคนพิการบางรายปลอมแปลงเอกสารเพื่อจดทะเบียนคนพิการ และนำสมุดประจำตัวคนพิการไปใช้ในการแสวงหาผลประโยชน์โดยมิชอบ

**\*\*ในกรณีที่เอกสารไม่ครบ ไม่สามารถจดทะเบียนคนพิการให้ได้\*\***

1. เอกสารที่ใช้ในการจดทะเบียนคนพิการ
  - 1.1 เอกสารรับรองความพิการ ที่ออกให้โดยแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ
  - 1.2 บัตรประจำตัวประชาชนพร้อมสำเนา 1 ฉบับ
  - 1.3 ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา 1 ฉบับ
  - 1.4 รูปถ่าย ขนาด 1 นิ้ว หรือ 2 นิ้ว จำนวน 2 ใบ
2. กรณีที่ผู้แทนคนพิการเป็นผู้จดทะเบียนแทนต้องมีเอกสารดังนี้
  - 2.1 เอกสารของคนพิการ ตามข้อ 1.1 ถึง 1.4
  - 2.2 ใบมอบอำนาจจากคนพิการหรือหนังสือรับรองจากทางราชการ
  - 2.3 บัตรประจำตัวประชาชนของผู้แทนคนพิการ พร้อมสำเนา 1 ฉบับ
  - 2.4 ทะเบียนบ้านของผู้แทนคนพิการพร้อมสำเนา 1 ฉบับ

**\*\*ผู้แทนคนพิการที่มาจดทะเบียนแทนควรเป็นบุคคลที่ทราบรายละเอียดของคนพิการเป็นอย่างดี\*\***

## ขั้นตอนที่ 2 การกรอกข้อมูลลงในแบบจดทะเบียนคนพิการ

1. เขียนด้วยลายมือที่อ่านง่ายและชัดเจน เพื่อความถูกต้องในการบันทึกข้อมูลลงคอมพิวเตอร์
2. บันทึกเลขประจำตัว 13 หลักของคนพิการลงในข้อ 2 หน้า 1 ทุกครั้ง และ ตรวจสอบความชัดเจนในแบบจดแผ่นต้นฉบับที่ส่งมา สำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการด้วย

**\*\*งดการออกเลขประจำตัวชั่วคราว ในกรณีที่บัตรประชาชนเป็นแบบเก่า ให้ดูเลขประจำตัว 13 หลักจากทะเบียนบ้าน\*\***

3. ระบุประเภทความพิการ และระดับความพิการให้ชัดเจนครบถ้วน

### ขั้นตอนที่ 3 การออกสมุดประจำตัวคนพิการ

1. สมุดประจำตัวคนพิการมีอายุ 5 ปี นับจากวันออกสมุด
2. ในช่องเลขทะเบียน ให้บันทึกเลขประจำตัว 13 หลักของคนพิการ
3. ระบุลักษณะความพิการและระดับความพิการให้ชัดเจนครบถ้วน
4. ระบุสถานที่/วันที่ ในการออกสมุดและวันหมดอายุของสมุด ให้ถูกต้องชัดเจน

### ขั้นตอนที่ 4 การรายงานผลการจดทะเบียนคนพิการ

เจ้าหน้าที่ต้องรายงานสถิติการจดทะเบียนคนพิการในแต่ละเดือนตามแบบฟอร์มการรายงานสถิติการจดทะเบียนฯ พร้อมส่งรายชื่อและข้อมูลสำคัญของคนพิการที่จดทะเบียนในเดือนนั้น ๆ และจัดส่งแบบจดฯ แผ่นต้นฉบับในแต่ละเดือนไปยังสำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ ภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการให้บริการคนพิการรายนั้น ๆ ต่อไป

### การจัดทำทะเบียนรายชื่อ/ข้อมูลสำคัญของคนพิการ

ทุกจังหวัดต้องจัดทำทะเบียนการจดทะเบียนคนพิการในแต่ละเดือน และจัดส่งสำเนาทะเบียนฯ ดังกล่าวมาพร้อมกับการรายงานสถิติการจดทะเบียนคนพิการ **ภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป** ทุกครั้ง เพื่อใช้เป็นหลักฐานตรวจสอบข้อมูล ในกรณีข้อมูลสูญหาย โดยทะเบียนฯ จะมีรายละเอียดที่สำคัญของคนพิการ ดังนี้ **รายชื่อผู้จดทะเบียนคนพิการ ณ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด.....**

วัน / เดือน / ปีที่จดทะเบียนฯ

ลำดับที่

ชื่อ - สกุลคนพิการ

เพศ

วัน / เดือน / ปีเกิด

ที่อยู่

เลขทะเบียนคนพิการ (13 หลัก)

ประเภทความพิการ

# แบบจดทะเบียนคนพิการ

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ /

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด.....

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

รับเรื่องเมื่อวันที่...../...../.....

1. เลขที่อ้างอิงคนพิการ \_ \_ \_ \_ \_  
(ไม่ต้องกรอก ใช้สำหรับเจ้าหน้าที่ส่วนกลางบันทึกข้อมูลคอมพิวเตอร์)
2. เลขทะเบียนคนพิการ \_ - \_ - \_ - \_  
(ใส่เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก)
3. ชนิดของบัตรประจำตัวที่ใช้เป็นหลักฐานในการจดทะเบียน
  - บัตรประชาชน เลขที่ \_ \_ \_ \_ \_
  - บัตรประจำตัวคนต่างด้าว เลขที่ \_ \_ \_ \_ \_
  - สูติบัตร เลขที่ \_ \_ \_ \_ \_
4. กำหนดหน้าชื่อ  เด็กชาย  เด็กหญิง  นาย  นาง  
 นางสาว  ไม่มีข้อมูล  อื่น ๆ (ระบุ).....
5. ชื่อ.....นามสกุล.....
6. เพศ  ชาย  หญิง
7. วัน / เดือน / ปีเกิด...../...../.....
8. เชื้อชาติ  ไทย  จีน  ไม่มีข้อมูล  อื่น ๆ (ระบุ).....
9. สัญชาติ  ไทย  จีน  ไม่มีข้อมูล  อื่น ๆ (ระบุ).....
10. ศาสนา  พุทธ  คริสต์  อิสลาม  ไม่มีข้อมูล  
 อื่น ๆ (ระบุ).....
11. สถานภาพ
  - โสด  สมรสอยู่ด้วยกัน  สมรสแยกกันอยู่
  - หม้ายหย่าร้าง  หม้ายคู่สมรสเสียชีวิต
  - อยู่ด้วยกันโดยไม่สมรส  อื่น ๆ (ระบุ).....

(ส่วนนี้ฝึกส่งสำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ...กรุณาตรวจสอบความชัดเจนของข้อมูลด้วย)

# แบบจดทะเบียนคนพิการ

สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ /

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด.....

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

รับเรื่องเมื่อวันที่...../...../.....

1. เลขที่อ้างอิงคนพิการ \_ \_ \_ \_ \_  
(ไม่ต้องกรอก ใช้สำหรับเจ้าหน้าที่ส่วนกลางบันทึกข้อมูลคอมพิวเตอร์)
2. เลขทะเบียนคนพิการ \_ - \_ - \_ - \_  
(ใส่เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก)
3. ชนิดของบัตรประจำตัวที่ใช้เป็นหลักฐานในการจดทะเบียน
  - บัตรประชาชน เลขที่ \_ \_ \_ \_ \_
  - บัตรประจำตัวคนต่างด้าว เลขที่ \_ \_ \_ \_ \_
  - สูติบัตร เลขที่ \_ \_ \_ \_ \_
4. กำนานำหน้าชื่อ  เด็กชาย  เด็กหญิง  นาย  นาง  
 นางสาว  ไม่มีข้อมูล  อื่น ๆ (ระบุ).....
5. ชื่อ.....นามสกุล.....
6. เพศ  ชาย  หญิง
7. วัน / เดือน / ปีเกิด...../...../.....
8. เชื้อชาติ  ไทย  จีน  ไม่มีข้อมูล  อื่น ๆ (ระบุ).....
9. สัญชาติ  ไทย  จีน  ไม่มีข้อมูล  อื่น ๆ (ระบุ).....
10. ศาสนา  พุทธ  คริสต์  อิสลาม  ไม่มีข้อมูล  
 อื่น ๆ (ระบุ).....
11. สถานภาพ
  - โสด  สมรสอยู่ด้วยกัน  สมรสแยกกันอยู่
  - หม้ายหย่าร้าง  หม้ายคู่สมรสเสียชีวิต
  - อยู่ด้วยกันโดยไม่สมรส  อื่น ๆ (ระบุ).....

(ส่วนนี้เก็บไว้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด)

12. ภูมิลำเนา เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....  
 ถนน..... หมู่บ้าน.....  
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....  
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 โทรศัพท์..... โทรสาร.....

13. ที่อยู่ปัจจุบัน ชื่อสถานที่ (ถ้ามี).....  
 เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....  
 ถนน..... หมู่บ้าน.....  
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....  
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 โทรศัพท์..... โทรสาร.....

14. บุคคลที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน  
 ชื่อ..... นามสกุล.....  
 ความสัมพันธ์กับคนพิการ.....  
 ที่อยู่ ชื่อสถานที่ (ถ้ามี).....  
 เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....  
 ถนน..... หมู่บ้าน.....  
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....  
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 โทรศัพท์..... โทรสาร.....

#### 15. ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการศึกษา                | <input type="checkbox"/> ต่ำกว่าประถมศึกษาตอนต้น     |
| <input type="checkbox"/> ประถมศึกษาตอนต้น                 | <input type="checkbox"/> ประถมศึกษาตอนปลาย           |
| <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น                 | <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย           |
| <input type="checkbox"/> ประกาศนียบัตรวิชาชีพ             | <input type="checkbox"/> ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง |
| <input type="checkbox"/> ประกาศนียบัตรวิชาชีพเทคนิค       | <input type="checkbox"/> ประกาศนียบัตรวิชาการศึกษา   |
| <input type="checkbox"/> ประกาศนียบัตรวิชาการศึกษาขั้นสูง | <input type="checkbox"/> อนุปริญญา                   |
| <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี                        | <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี            |
| <input type="checkbox"/> ไม่มีข้อมูล                      | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....          |

(ส่วนนี้จัดส่งสำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ...กรุณาตรวจสอบความชัดเจนของข้อมูลด้วย)

12. ภูมิลำเนา เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....  
 ถนน..... หมู่บ้าน.....  
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....  
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 โทรศัพท์..... โทรสาร.....

13. ที่อยู่ปัจจุบัน ชื่อสถานที่ (ถ้ามี).....  
 เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....  
 ถนน..... หมู่บ้าน.....  
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....  
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 โทรศัพท์..... โทรสาร.....

14. บุคคลที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน  
 ชื่อ..... นามสกุล.....  
 ความสัมพันธ์กับคนพิการ.....  
 ที่อยู่ ชื่อสถานที่ (ถ้ามี).....  
 เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....  
 ถนน..... หมู่บ้าน.....  
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....  
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 โทรศัพท์..... โทรสาร.....

### 15. ระดับการศึกษาชั้นสูงสุด

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการศึกษา                | <input type="checkbox"/> ต่ำกว่าประถมศึกษาตอนต้น     |
| <input type="checkbox"/> ประถมศึกษาตอนต้น                 | <input type="checkbox"/> ประถมศึกษาตอนปลาย           |
| <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น                 | <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย           |
| <input type="checkbox"/> ประกาศนียบัตรวิชาชีพ             | <input type="checkbox"/> ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง |
| <input type="checkbox"/> ประกาศนียบัตรวิชาชีพเทคนิค       | <input type="checkbox"/> ประกาศนียบัตรวิชาการศึกษา   |
| <input type="checkbox"/> ประกาศนียบัตรวิชาการศึกษาชั้นสูง | <input type="checkbox"/> อนุปริญญา                   |
| <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี                        | <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี            |
| <input type="checkbox"/> ไม่มีข้อมูล                      | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....          |

(ส่วนนี้เก็บไว้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด)

### 16. การประกอบอาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ  
แต่ได้รับรายได้จาก.....

- เงินบำเหน็จบำนาญ
- เงินฝากธนาคาร
- ดอกเบี้ยเงินกู้
- เพื่อนบ้าน/คนรู้จัก
- บิดา มารดา บุตร หรือญาติสงเคราะห์
- ผลประโยชน์จากทรัพย์สิน
- หุ้น
- อื่น ๆ (ระบุ) .....

### 17. กรณีประกอบอาชีพ

- อาชีพหลัก**
- รับราชการ
  - รัฐวิสาหกิจ
  - รับจ้าง
  - กิจการส่วนตัว/อาชีพอิสระ
  - อื่น ๆ (ระบุ).....

- อาชีพรอง**
- รับจ้าง
  - กิจการส่วนตัว/อาชีพอิสระ
  - อื่น ๆ (ระบุ).....

รายได้จากอาชีพหลักต่อเดือน  
.....บาท

รายได้จากอาชีพรองต่อเดือน  
.....บาท

ที่อยู่ทำงานที่สามารถติดต่อได้  
ชื่อสถานที่ (ถ้ามี).....  
เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....  
ถนน..... หมู่บ้าน.....  
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

### 18. รายได้รวมของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

(ส่วนนี้ฝึกส่งสำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ...กรุณาตรวจสอบความชัดเจนของข้อมูลด้วย)

## 16. การประกอบอาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ

แต่ได้รับรายได้จาก.....

เงินบำเหน็จบำนาญ

บิดา มารดา บุตร หรือญาติสงเคราะห์

เงินฝากธนาคาร

ผลประโยชน์จากทรัพย์สิน

ดอกเบี้ยเงินกู้

หุ้น

เพื่อนบ้าน/คนรู้จัก

อื่น ๆ (ระบุ) .....

## 17. กรณีประกอบอาชีพ

### อาชีพหลัก

รับราชการ

รัฐวิสาหกิจ

รับจ้าง

กิจการส่วนตัว/อาชีพอิสระ

อื่น ๆ (ระบุ).....

รายได้จากอาชีพหลักต่อเดือน

.....บาท

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

ชื่อสถานที่ (ถ้ามี).....

เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....

ถนน..... หมู่บ้าน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

### อาชีพรอง

รับจ้าง

กิจการส่วนตัว/อาชีพอิสระ

อื่น ๆ (ระบุ).....

รายได้จากอาชีพรองต่อเดือน

.....บาท

18. รายได้รวมของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

## 19. ลักษณะความพิการ

ประเภท ความ พิการ	ระดับ ความ ผิดปกติ	มีความ พิการ ตั้งแต่ อายุ	สาเหตุ						
			ไม่ ทราบ สาเหตุ	อุบัติเหตุ			กรรม พันธุ์	โรค ติดเชื้อ	ภาวะ เจ็บป่วย (ระบุ)
				การ ทำงาน	การ คมนาคม	อื่น ๆ			
1. ทางการ มองเห็น									
2. ทางการ ได้ยินหรือสื่อ ความหมาย									
3. ทางกาย หรือการ เคลื่อนไหว									
4. ทางจิตใจ หรือพฤติกรรม									
5. ทางสติปัญญา หรือการ เรียนรู้									

ระบุรายละเอียดความผิดปกติ.....

.....

ชื่อแพทย์ที่รับรองความพิการ.....

ระดับความสามารถตามที่แพทย์ประเมิน.....

ออกเอกสารรับรองความพิการโดยโรงพยาบาล/ศูนย์.....

.....

(ส่วนนี้จัดส่งสำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ...กรุณาตรวจสอบความชัดเจนของข้อมูลด้วย)

## 19. ลักษณะความพิการ

ประเภท ความ พิการ	ระดับ ความ ผิดปกติ	มีความ พิการ ตั้งแต่ อายุ	สาเหตุ						
			ไม่ ทราบ สาเหตุ	อุบัติเหตุ			กรรม พันธุ์	โรค ติดเชื้อ	ภาวะ เจ็บป่วย (ระบุ)
				การ ทำงาน	การ คมนาคม	อื่น ๆ			
1. ทางการ มองเห็น									
2. ทางการ ได้ยินหรือสื่อ ความหมาย									
3. ทางกาย หรือการ เคลื่อนไหว									
4. ทางจิตใจ หรือพฤติกรรม									
5. ทางสติปัญญา หรือการ เรียนรู้									

ระบุรายละเอียดความผิดปกติ.....

.....

ชื่อแพทย์ที่รับรองความพิการ.....

ระดับความสามารถตามที่แพทย์ประเมิน.....

ออกเอกสารรับรองความพิการโดยโรงพยาบาล/ศูนย์.....

.....

## 20. สภาพปัญหา (ตอบได้มากกว่า 1 รายการ)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีข้อมูล   | <input type="checkbox"/> ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ          |
| <input type="checkbox"/> ไม่มีที่อยู่อาศัย   | <input type="checkbox"/> ไม่มีโอกาสเรียนหนังสือ             |
| <input type="checkbox"/> ไม่มีงานทำ  | <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการฝึกอาชีพ               |
| <input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้   | <input type="checkbox"/> ไม่มีเงินทุนประกอบอาชีพ            |
| <input type="checkbox"/> รู้สึกด้อยกว่าผู้อื่น   | <input type="checkbox"/> มีรายได้ไม่พอแก่การครองชีพ         |
| <input type="checkbox"/> ถูกรังเกียจเหยียดหยาม   | <input type="checkbox"/> ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู |
| <input type="checkbox"/> ครอบครัวหรือผู้อุปการะมีฐานะยากจน   |   |
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการรักษาพยาบาล หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์  |   |
| <input type="checkbox"/> ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตน หรือการปรับตัวที่เหมาะสม  |   |
| <input type="checkbox"/> มีความลำบากเมื่อออกนอกบ้าน เช่น การเดินทางบนท้องถนน หรือไปติดต่อสถานที่ราชการ เช่น สถานีตำรวจ ศาลากลางจังหวัด |   |
| <input type="checkbox"/> ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน   |   |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....  |   |

## 21. บริการที่มาขอรับในการจดทะเบียน (ตอบได้มากกว่า 1 รายการ)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีข้อมูล   | <input type="checkbox"/> จิตวิทยาคลินิก                 | <input type="checkbox"/> เงินทุนประกอบอาชีพ   |
| <input type="checkbox"/> กายภาพบำบัด   | <input type="checkbox"/> รักษาพยาบาล                    | <input type="checkbox"/> ฝึกการได้ยิน/ฟัง     |
| <input type="checkbox"/> แก้ไขการพูด   | <input type="checkbox"/> ส่งเข้าทำงาน                   | <input type="checkbox"/> กิจกรรมบำบัด         |
| <input type="checkbox"/> ฝึกอาชีพ  | <input type="checkbox"/> ล่ามภาษามือ                    | <input type="checkbox"/> เครื่องช่วยความพิการ |
| <input type="checkbox"/> จัดหาสถานศึกษา  | <input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์คนพิการในครอบครัว |   |
| <input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายในการศึกษา                                  | <input type="checkbox"/> สื่ออุปกรณ์พิเศษทางการศึกษา    |   |
| <input type="checkbox"/> เบี้ยยังชีพสำหรับคนพิการ                              | <input type="checkbox"/> จัดหาผู้ดูแลคนพิการ            |   |
| <input type="checkbox"/> ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ |   |   |
| <input type="checkbox"/> คำปรึกษาแนะนำ (ระบุ).....                             |   |   |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....                                    |   |   |

(ส่วนนี้ฝึกส่งสำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ...กรุณาตรวจสอบความชัดเจนของข้อมูลด้วย)

## 20. สภาพปัญหา (ตอบได้มากกว่า 1 รายการ)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีข้อมูล   | <input type="checkbox"/> ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ          |
| <input type="checkbox"/> ไม่มีที่อยู่อาศัย   | <input type="checkbox"/> ไม่มีโอกาสเรียนหนังสือ             |
| <input type="checkbox"/> ไม่มีงานทำ  | <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการฝึกอาชีพ               |
| <input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้   | <input type="checkbox"/> ไม่มีเงินทุนประกอบอาชีพ            |
| <input type="checkbox"/> รู้สึกด้อยกว่าผู้อื่น   | <input type="checkbox"/> มีรายได้ไม่พอแก่การครองชีพ         |
| <input type="checkbox"/> ถูกรังเกียจเหยียดหยาม   | <input type="checkbox"/> ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู |
| <input type="checkbox"/> ครอบครัวหรือผู้อุปการะมีฐานะยากจน   |   |
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการรักษาพยาบาล หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์  |   |
| <input type="checkbox"/> ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตน หรือการปรับตัวที่เหมาะสม  |   |
| <input type="checkbox"/> มีความลำบากเมื่อออกนอกบ้าน เช่น การเดินทางบนท้องถนน หรือไปติดต่อสถานที่ราชการ เช่น สถานีตำรวจ ศาลากลางจังหวัด |   |
| <input type="checkbox"/> ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน   |   |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....  |   |

## 21. บริการที่มาขอรับในการจดทะเบียน (ตอบได้มากกว่า 1 รายการ)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีข้อมูล   | <input type="checkbox"/> จิตวิทยาคลินิก                 | <input type="checkbox"/> เงินทุนประกอบอาชีพ   |
| <input type="checkbox"/> กายภาพบำบัด   | <input type="checkbox"/> รักษาพยาบาล                    | <input type="checkbox"/> ฝึกการได้ยิน/ฟัง     |
| <input type="checkbox"/> แก้ไขการพูด   | <input type="checkbox"/> ส่งเข้าทำงาน                   | <input type="checkbox"/> กิจกรรมบำบัด         |
| <input type="checkbox"/> ฝึกอาชีพ  | <input type="checkbox"/> ล่ามภาษามือ                    | <input type="checkbox"/> เครื่องช่วยความพิการ |
| <input type="checkbox"/> จัดหาสถานศึกษา  | <input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์คนพิการในครอบครัว |   |
| <input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายในการศึกษา                                  | <input type="checkbox"/> สื่ออุปกรณ์พิเศษทางการศึกษา    |   |
| <input type="checkbox"/> เบี้ยยังชีพสำหรับคนพิการ                              | <input type="checkbox"/> จัดหาผู้ดูแลคนพิการ            |   |
| <input type="checkbox"/> ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ |   |   |
| <input type="checkbox"/> คำปรึกษาแนะนำ (ระบุ).....                             |   |   |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....                                    |   |   |

## 22. บัตรขอสิทธิประโยชน์อื่น ๆ

- บัตรประกันสังคม                       บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)
- บัตรสงเคราะห์ทหารผ่านศึก       บัตรสมาชิก/สมาคม/ชมรม
- อื่น ๆ (ระบุ).....

## 23. ทราบเรื่องการจดทะเบียนจาก

- หน่วยงานของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- หน่วยงานราชการอื่น     ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน       หน่วยงานเอกชน
- โรงพยาบาล                       โรงเรียน                       เพื่อน/ญาติ
- บริษัทที่ทำงาน                       วิทยุ/โทรทัศน์/ใบปลิวประชาสัมพันธ์/จุดสาร
- อื่น ๆ (ระบุ) .....

## 24. ท่านยินดีให้ใช้ข้อมูลในแบบจดทะเบียนฉบับนี้ เพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัย หรือการกำหนดนโยบายและแผนซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคนพิการ หรือไม่

- ยินดี     ไม่ยินดี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้ดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

## 22. บัตรขอสิทธิประโยชน์อื่น ๆ

- บัตรประกันสังคม                       บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)
- บัตรสงเคราะห์ทหารผ่านศึก       บัตรสมาชิก/สมาคม/ชมรม
- อื่น ๆ (ระบุ).....

## 23. ทราบเรื่องการจดทะเบียนจาก

- หน่วยงานของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- หน่วยงานราชการอื่น     ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน       หน่วยงานเอกชน
- โรงพยาบาล                       โรงเรียน                       เพื่อน/ญาติ
- บริษัทที่ทำงาน                       วิทยุ/โทรทัศน์/ใบปลิวประชาสัมพันธ์/จุดสาร
- อื่น ๆ (ระบุ) .....

## 24. ท่านยินดีให้ใช้ข้อมูลในแบบจดทะเบียนฉบับนี้ เพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัย หรือการกำหนดนโยบายและแผนซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคนพิการ หรือไม่

- ยินดี     ไม่ยินดี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้ดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....





# ผู้จดทะเบียนหรือผู้ให้ประวัติแทนให้กรอกข้อความต่อไปนี้เพิ่มเติม

## 1. คำนำหน้าชื่อ

นาย       นาง       นางสาว       อื่น ๆ (ระบุ).....

2. ชื่อ.....นามสกุล.....

3. เกิดวันที่...../...../.....

4. อาชีพ.....

5. ที่อยู่ปัจจุบัน ชื่อสถานที่ (ถ้ามี).....

เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....

ถนน..... หมู่บ้าน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

6. สถานที่ทำงาน ชื่อสถานที่ (ถ้ามี).....

เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....

ถนน..... หมู่บ้าน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

## 7. ชนิดของบัตรประจำตัวของผู้จดทะเบียนแทน

บัตรประชาชน เลขที่.....

บัตรประจำตัวคนต่างด้าว เลขที่.....

บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ เลขที่.....

อื่น ๆ (ระบุ)..... เลขที่.....

## 8. ความสัมพันธ์กับคนพิการ ในฐานะ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

(ส่วนนี้ถือส่งสำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ...กรุณาตรวจสอบความชัดเจนของข้อมูลด้วย)

ผู้จดทะเบียนหรือผู้ให้ประวัติแทนให้กรอกข้อความต่อไปนี้เพิ่มเติม

1. คำนำหน้าชื่อ

นาย       นาง       นางสาว       อื่น ๆ (ระบุ).....

2. ชื่อ.....นามสกุล.....

3. เกิดวันที่...../...../.....

4. อาชีพ.....

5. ที่อยู่ปัจจุบัน ชื่อสถานที่ (ถ้ามี).....

เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....

ถนน..... หมู่บ้าน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

6. สถานที่ทำงาน ชื่อสถานที่ (ถ้ามี).....

เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....

ถนน..... หมู่บ้าน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

7. ชนิดของบัตรประจำตัวของผู้จดทะเบียนแทน

บัตรประชาชน      เลขที่.....

บัตรประจำตัวคนต่างด้าว      เลขที่.....

บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ      เลขที่.....

อื่น ๆ (ระบุ)..... เลขที่.....

8. ความสัมพันธ์กับคนพิการ ในฐานะ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

## กรณีสมุดประจำตัวคนพิการสูญหาย แนะนำให้คนพิการปฏิบัติดังนี้

1. คนพิการแจ้งความต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจ
2. นำใบแจ้งความพร้อมรูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว (ถ่ายมาไม่เกิน 6 เดือน) 1 ใบ สำเนาทะเบียนบ้านและบัตรประชาชนมาขอทำสมุดประจำตัวคนพิการเล่มใหม่
3. การออกสมุดประจำตัวคนพิการเล่มใหม่ ให้ใช้วันหมดอายุวันเดิม (วันเดียวกับสมุดประจำตัวเล่มที่หายไป) แต่ให้ระบุคำว่า “ออกแทนเล่มเดิมที่ชำรุด/สูญหาย” ด้วยหมึกแดงบริเวณริมด้านล่างในหน้าที่ 1 ของสมุดประจำตัวคนพิการเล่มใหม่

## กรณีคนพิการเสียชีวิต

เจ้าหน้าที่จดทะเบียน ต้องแจ้งให้คนพิการที่มาขอจดทะเบียนฯ ทราบทุกครั้งว่า เมื่อมีกรณีคนพิการเสียชีวิต ญาติต้องแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบ โดยการส่งสำเนาใบมรณบัตรของคนพิการมาที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดที่คนพิการจดทะเบียนฯ หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่ต้องแจ้งต่อสำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการพร้อมทั้งส่งสำเนาใบมรณบัตรมาด้วย ทั้งนี้เพื่อสะดวกในการประมวลสถิติ และปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน

## การต่ออายุสมุดประจำตัวคนพิการ

ในปี พ.ศ. 2542 เป็นปีที่มีการต่ออายุสมุดประจำตัวคนพิการ (เริ่มจดทะเบียนเมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2537) ซึ่งหลักฐานในการต่ออายุสมุดประจำตัวคนพิการให้คนพิการนำสมุดประจำตัวคนพิการเล่มเดิมที่หมดอายุ พร้อมรูปถ่าย 1 ใบ มาขอรับการต่ออายุสมุด โดยเจ้าหน้าที่ผู้จดทะเบียนฯ จะขอเก็บสมุดเล่มเดิมไว้ พร้อมกับตรวจสอบหลักฐานจากทะเบียนคนพิการของจังหวัด แล้วจึงเปลี่ยนสมุดประจำตัวคนพิการเล่มใหม่ให้แก่คนพิการ โดยไม่ต้องใช้เอกสารรับรองความพิการฉบับใหม่ ยกเว้นแต่ ลักษณะของความพิการที่ระบุไว้ในเล่มเดิม ไม่ชัดเจนหรือความพิการของบุคคลเปลี่ยนแปลงไป เจ้าหน้าที่ผู้จดทะเบียนฯ จะให้คนพิการไปขอรับเอกสารรับรองความพิการฉบับใหม่ เพื่อใช้ประกอบการต่ออายุสมุดประจำตัวคนพิการ สมุดประจำตัวคนพิการจะมีอายุ 5 ปี นับจากวันออกสมุดเช่นเดิม