



คำสั่งจังหวัดบุรีรัมย์

ที่ ๒๖๒๐/๒๕๖๗

เรื่อง แต่งตั้งเจ้าหน้าที่รับคำขอ และเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ตามที่จังหวัดบุรีรัมย์มีคำสั่ง ที่ ๕๖๒๐/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๒ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เรื่อง แต่งตั้งเจ้าหน้าที่รับคำขอ และเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการ เพื่อรับคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ และมีอำนาจออกบัตรนอกจากนายทะเบียนจังหวัด นั้น

อาศัยอำนาจตามข้อ ๘ และข้อ ๑๒ ของระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ การออกบัตรและการกำหนดเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการ การกำหนดสิทธิ หรือการเปลี่ยนแปลงสิทธิ และการขอสละสิทธิของคนพิการ และอายุบัตรประจำตัวคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๖ จังหวัดบุรีรัมย์ จึงยกเลิกคำสั่งที่ ๕๖๒๐/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๒ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ และมีคำสั่งดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ เจ้าหน้าที่รับคำขอ ได้แก่ ข้าราชการ เจ้าหน้าที่ในสังกัด หรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐซึ่งได้รับการแต่งตั้งจากผู้อำนวยการ หรือผู้ว่าราชการจังหวัด แล้วแต่กรณี ในหน่วยงานดังต่อไปนี้

- ๑.๑ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดบุรีรัมย์
- ๑.๒ นิคมสร้างตนเองบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์
- ๑.๓ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบุรีรัมย์
- ๑.๔ ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัดบุรีรัมย์
- ๑.๕ บ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดบุรีรัมย์
- ๑.๖ ที่ว่าการอำเภอทุกแห่งในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์
- ๑.๗ โรงพยาบาลรัฐทุกแห่งในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์
- ๑.๘ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์

ข้อ ๒ เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรนอกจากนายทะเบียนจังหวัด ได้แก่

- ๒.๑ นางเจริญศรี วงศ์สม ตำแหน่ง นักพัฒนาสังคมชำนาญการพิเศษ
- ๒.๒ นายมงคล ดาศรี ตำแหน่ง นักพัฒนาสังคมชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง
นักพัฒนาสังคมชำนาญการพิเศษ
- ๒.๓ นางสิรินุช นพตลุง ตำแหน่ง นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายณฤชา โฆษาศิวิไลซ์)
ผู้ว่าราชการจังหวัดบุรีรัมย์

แนวทางการยื่นแบบคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ
สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดบุรีรัมย์ ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดบุรีรัมย์

เอกสารใช้ประกอบการทำบัตรประจำตัวคนพิการ ดังนี้

✦ เอกสารของคนพิการกรณีขอมิบัตรครั้งแรก ✦

๑. แบบคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาสูติบัตรกรณีเป็นเด็ก (อายุไม่เกิน ๑๕ ปี) จำนวน ๑ ฉบับ / รับรองสำเนา
๓. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ/รับรองสำเนา
๔. รูปถ่าย ขนาด ๒ นิ้ว ไม่สวมหมวกหรือแว่นตา ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๑ ใบ
๕. เอกสารรับรองความพิการ
(ใช้ฉบับจริง จากโรงพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลเอกชนที่รัฐกำหนด เท่านั้น) จำนวน ๑ ฉบับ
๖. บันทึกกสิวิดีโอ ความยาว ๑ นาที ตามลักษณะความพิการที่ระบุในเอกสารรับรองความพิการ ได้แก่
ประเภท ๒ ทางการสื่อสาร (การพูดออกเสียง) และ ประเภท ๓ ทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย
(กรณีคนพิการไม่ได้มาดำเนินการด้วยตนเอง)
๗. หนังสือมอบอำนาจให้มาทำบัตรฯ ติดอากรแสตมป์ จำนวน ๑๐ บาท จำนวน ๑ ฉบับ
พร้อมแนบบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ/
รับรองสำเนา
(กรณีคนพิการไม่ได้มาดำเนินการด้วยตนเอง)

✦ เอกสารของคนพิการกรณีขอมิบัตรใหม่เนื่องจากบัตรเดิมหมดอายุ ✦

๑. สมุดประจำตัวคนพิการเล่มเดิมหรือบัตรประจำตัวคนพิการใบเดิม
๒. แบบคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาสูติบัตรกรณีเป็นเด็ก(อายุไม่เกิน ๑๕ ปี) จำนวน ๑ ฉบับ/รับรองสำเนา
๔. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ/รับรองสำเนา
๕. รูปถ่าย ขนาด ๒ นิ้ว ไม่สวมหมวกหรือแว่นตา ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๑ ใบ
๖. เอกสารรับรองความพิการ
(ใช้ฉบับจริง จากโรงพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลเอกชนที่รัฐกำหนด เท่านั้น) จำนวน ๑ ฉบับ
๗. บันทึกกสิวิดีโอ ความยาว ๑ นาที ตามลักษณะความพิการที่ระบุในเอกสารรับรองความพิการ ได้แก่
ประเภท ๒ ทางการสื่อสาร (การพูดออกเสียง) และ ประเภท ๓ ทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย
(กรณีคนพิการไม่ได้มาดำเนินการด้วยตนเอง)
๘. หนังสือมอบอำนาจให้มาทำบัตรฯ ติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท จำนวน ๑ ฉบับ
พร้อมแนบบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
(กรณีคนพิการไม่ได้มาดำเนินการด้วยตนเอง) จำนวน ๑ ฉบับ/รับรองสำเนา

✦ เอกสารของคนพิการกรณีขอมิบัตรใหม่เนื่องจากชำรุด/สูญหาย/

มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ ✦

๑. สมุดประจำตัวคนพิการเล่มเดิมหรือบัตรประจำตัวคนพิการใบเดิม
๒. แบบคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาสูติบัตรกรณีเป็นเด็ก (อายุไม่เกิน ๑๕ ปี) จำนวน ๑ ฉบับ/รับรองสำเนา
๔. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ/รับรองสำเนา
๕. รูปถ่าย ขนาด ๒ นิ้ว ไม่สวมหมวกหรือแว่นตา ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๒ ใบ
๖. เอกสารทางราชการที่ได้มีการเปลี่ยนแปลง เช่น ในเปลี่ยนชื่อ-สกุล จำนวน ๑ ฉบับ/รับรองสำเนา
๗. หนังสือมอบอำนาจให้มาทำบัตรฯ ติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท จำนวน ๑ ฉบับ
พร้อมแนบบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ/รับรองสำเนา
(กรณีคนพิการไม่ได้มาดำเนินการด้วยตนเอง)

หมายเหตุ

๑. ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย สามารถตรวจได้ที่โรงพยาบาลประจำอำเภอ ความพิการทางการเห็น ความพิการการได้ยิน จะต้องใช้เครื่องมือเฉพาะสำหรับตรวจการได้ยินและตรวจในสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลเอกชนที่รัฐกำหนด ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ความพิการทางสติปัญญา ความพิการทางการเรียนรู้ และความพิการทางออทิสติก ตรวจโดยแพทย์เฉพาะทาง หากตรวจในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ ต้องตรวจจากโรงพยาบาลบุรีรัมย์ หรือโรงพยาบาลนางรอง ตรวจจากโรงพยาบาลอื่น นอกเหนือจากโรงพยาบาลดังกล่าวให้แนบประวัติการรักษา หรือประวัติการรับยาที่เกี่ยวข้องกับความพิการนั้น ๆ เพิ่มเติม และจะต้องระบุรายละเอียดให้ครบถ้วนจึงจะสามารถบันทึกข้อมูลเพื่อออกบัตรฯ ได้

๒. กรณีคนพิการไม่ได้มายื่นแบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการด้วยตนเอง ให้ดำเนินการดังต่อไปนี้

๒.๑ กรณีเป็นหน่วยงานรับคำขอ ต้องมีหนังสือนำส่งจากหน่วยงานนั้น ๆ พร้อมกับมีหนังสือมอบอำนาจจากคนพิการให้มาดำเนินการยื่นแบบคำขอเพื่อออกบัตรประจำตัวคนพิการ (ติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท)

๒.๒ กรณีบุคคลธรรมดา หมายความว่า ต้องเป็นบุคคลในครอบครัวของคนพิการ คือ บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา ญาติ พี่น้อง หรือ บุคคลอื่นใดที่รับดูแลหรืออุปการะคนพิการ พร้อมกับมีหนังสือมอบอำนาจจากคนพิการให้มาดำเนินการยื่นแบบคำขอเพื่อออกบัตรประจำตัวคนพิการ (ติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท)

๒.๓ กรณีเป็นบุคคลอื่นนอกเหนือจาก ข้อ ๑. และ ข้อ ๒. ให้มีหนังสือนำส่งจากหน่วยงานรับคำขอในพื้นที่ที่คนพิการอาศัยอยู่ พร้อมกับมีหนังสือมอบอำนาจจากคนพิการให้มาดำเนินการยื่นแบบคำขอเพื่อออกบัตรประจำตัวคนพิการ (ติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท)



แบบคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย
คนพิการ

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

- ขอมิบัตรครั้งแรก
- ขอมิบัตรเนื่องจาก 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

๑.๑๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- ทางการเห็น ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
 ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ทางสติปัญญา ทางการเรียนรู้ ทางอทิสติก

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 สามเณรหรือภรรยา พี่น้อง
 ปู่ย่าตายาย ลูกพี่ลูกน้อง 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

หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ

ทำที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า(ชื่อผู้รับรอง) (นาย , นาง , นางสาว.)อายุ.....ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ - - - - -

เลขบัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรประจำตัวพนักงาน เลขที่ /.....ตำแหน่ง.....

สังกัดหน่วยงาน.....ออกให้โดย.....วันออกบัตร.....

บัตรหมดอายุ..... มีสถานภาพเป็น

ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ(ของหน่วยงานราชการ,รัฐวิสาหกิจ) พนักงานราชการ

พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น ประธานชุมชน

อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์..... ซึ่งอาศัย

หรือปฏิบัติหน้าที่ อยู่ในพื้นที่เดียวกับคนพิการพักอาศัยอยู่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า (ชื่อผู้ดูแล) (นาย , นาง , น.ส.)

เป็นผู้ดูแลคนพิการชื่อ(ชื่อคนพิการ) (นาย , นาง , น.ส.)

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (คนพิการ) - - - - - จริง โดยผู้ดูแลคนพิการ

มีความเกี่ยวพันเป็น..... กับคนพิการ และเป็นผู้ดูแลคนพิการ ซึ่งปัจจุบันพักอาศัยอยู่บ้านหลังเดียวกันจริง
ทั้งนี้เพื่อให้ใช้หนังสือรับรองฉบับนี้ เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา

ออกบัตรประจำตัวคนพิการ เปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ เพิ่มชื่อผู้ดูแลคนพิการ

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ พยาน

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

หมายเหตุ : การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา

แนบหลักฐาน สำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐของผู้รับรองพร้อมรับรองสำเนา

จำนวน 1 ฉบับ



บันทึก

ที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

เรื่อง การรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ

ข้าพเจ้าชื่อ(คนพิการ) ว/ด/ป เกิด..... อายุ..... ปี

บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....เกิดที่จังหวัด.....

ประเทศ.....สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....

บิดาชื่อ..... มารดาชื่อ.....

ที่อยู่ของคนพิการ อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด..... อาชีพ.....

ขอให้อภัยคำต่อ นายทะเบียนจังหวัดบุรีรัมย์ ด้วยความจริง ดังนี้-

๑. ข้าพเจ้ามีชื่อ และที่อยู่ ตามที่ปรากฏอยู่ข้างบนจริงทุกประการ
๒. ข้าพเจ้าได้รับการอุปการะเลี้ยงดูจาก(ชื่อผู้ดูแล).....จริง

ซึ่งได้อุปการะดังนี้.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้าได้ให้ปากคำด้วยความสมัครใจ โดยมีได้ถูกข่มขู่ บังคับขู่เข็ญแต่ประการใด ข้าพเจ้าได้อ่านเข้าใจดีแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ ผู้ให้อภัยคำ
(.....)

คนพิการ

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

แนบหลักฐานดังนี้ ๑.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ พร้อมรับรองสำเนา

๒.สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ พร้อมรับรองสำเนา

ป.ค. ๑๔



บันทึก

ที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

เรื่อง การรับรองเป็นผู้แลคนพิการ

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

บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่..... ประกอบอาชีพ.....

เกิดที่จังหวัด..... สัญชาติ..... เชื้อชาติ.....

บิดาชื่อ..... มารดาชื่อ.....

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

จังหวัด..... ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น ของคนพิการ

ขอให้ถ้อยคำต่อ นายทะเบียนจังหวัดบุรีรัมย์ ด้วยความจริง ดังนี้

๑. ข้าพเจ้ามีชื่อ และที่อยู่ ตามที่ปรากฏอยู่ข้างบนจริงทุกประการ

๒. ข้าพเจ้าได้รับดูแลและอุปการะคนพิการ คือ(ชื่อคนพิการ).....จริง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้าได้ให้ปากคำด้วยความสมัครใจ โดยมิได้ถูกข่มขู่ บังคับขู่脅แต่ประการใด ข้าพเจ้าได้อ่านเข้าใจดีแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

ผู้ดูแลคนพิการ

ลงชื่อ พยาน

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

แนบหลักฐานดังนี้ ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ พร้อมรับรองสำเนา
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ พร้อมรับรองสำเนา

หนังสือยินยอมเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ

ทำที่

วันที่

เดือน

พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ผู้ดูแลคนเดิม)

อายุ

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ □-□□□□-□□□□□-□□-□ ออกให้โดย

วันหมดอายุ.....อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์

เป็นผู้ดูแลคนพิการชื่อ.....บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ □-□□□□-□□□□□-□□-□

มีความประสงค์อนุญาตให้เปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการเป็น

อายุ.....ปี บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ □-□□□□-□□□□□-□□-□ ออกให้โดย

วันหมดอายุ.....อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์มือถือ.....ซึ่งเกี่ยวข้องกับ.....ของคนพิการ แทนผู้ดูแลคนพิการคนเดิม

เนื่องจากผู้ดูแลคนเดิม.....

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....คนพิการ

ลงชื่อ.....ผู้ดูแลคนพิการคนเดิม

(.....)

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ดูแลคนพิการคนใหม่

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

(.....)

หมายเหตุ : การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดทางกฎหมายทั้งแพ่งและทางอาญา

: แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมลงลายมือชื่อทุกคนที่มีชื่อในเอกสารนี้

แบบคำขอยกเลิกการมีบัตรประจำตัวคนพิการ

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

เรียน นายทะเบียนจังหวัดบุรีรัมย์

ข้าพเจ้า (ด.ช. , ด.ญ. , นาย , นาง , น.ส.)

เลขบัตรประจำตัวประชาชน _ - _ - _ - _ - _ - _ - _ - _ - _ -

คนพิการ ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล ผู้ดูแลคนพิการ

**** กรณีเป็นผู้แทน**

เป็นผู้แทนของคนพิการชื่อ (ด.ช. , ด.ญ. , นาย , นาง , น.ส.)

เลขบัตรประจำตัวประชาชน _ - _ - _ - _ - _ - _ - _ - _ - _ -

มีความประสงค์ขอยกเลิกการมีบัตรประจำตัวคนพิการ เนื่องจาก

- คนพิการถึงแก่ความตาย
- ได้รับการฟื้นฟูจนไม่มีสภาพความพิการ
- ไม่ประสงค์มีบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ

(.....)

ความเห็นของเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจหลักฐานแล้วเห็นสมควรดำเนินการ ดังนี้

- ดำเนินการตามที่ยุ้ร้องขอ เสนอต่อ นายทะเบียน
- ไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

การพิจารณาของนายทะเบียน

- อนุมัติ
- ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

นายทะเบียนจังหวัดบุรีรัมย์



บันทึก

ที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

เรื่อง ขอยกเลิกการมีสมุด/บัตรประจำตัวคนพิการ

ข้าพเจ้า..... ว/ด/ป เกิด..... อายุ..... ปี

บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่..... ประกอบอาชีพ.....

เกิดที่จังหวัด..... สัญชาติ..... เชื้อชาติ.....

บิดาชื่อ..... มารดาชื่อ.....

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

จังหวัด.....

ขอให้ถ้อยคำต่อ นายทะเบียนจังหวัดบุรีรัมย์ ด้วยความจริง ดังนี้

๑. ข้าพเจ้ามีชื่อ และที่อยู่ ตามที่ปรากฏอยู่ข้างต้นจริงทุกประการ

๒.
.....
.....
.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้าได้ให้ปากคำด้วยความสมัครใจ โดยมิได้ถูกข่มขู่ บังคับขู่脅แต่ประการใด ข้าพเจ้าได้อ่านเข้าใจดีแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ ผู้ให้ถ้อยคำ
(.....)ลงชื่อ พยาน
(.....)ลงชื่อ พยาน
(.....)แนบหลักฐานดังนี้

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน ๓. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการ

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า(คนพิการ).....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่.....

ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

ได้มอบอำนาจให้.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่.....

ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

มีความเกี่ยวข้องเป็น..... กับคนพิการ เป็นผู้มีอำนาจในการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ แทนข้าพเจ้า และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไป ตามที่มอบอำนาจนี้ เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ หรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

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

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

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) ตัวบรรจง