สำเนาคู่ฉบับ

ที่ นศ ๗๙๖๐๑/ ๕๗๕

องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านลำนาว
๘/๕ หมู่ที่ ๑๕ ต.บ้านลำนาว
อ. บางขัน จ. นครศรีธรรมราช

๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๓

เรื่อง แจ้งขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครศรีธรรมราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๔ ราย
๒. เอกสารผู้ดูแล จำนวน ๔ ฉบับ

ด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านลำนาว มีความประสงค์แจ้งขอมีบัตรคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กรณีขอมีบัตรครั้งแรก จำนวน ๒ ราย และมีการเปลี่ยนแปลงผู้ดูแล จำนวน ๒ ราย ดังนี้

๑. นายวิทย์ รัตนสุวรรณ บ้านเลขที่ ๓๒ หมู่ที่ ๑๐ ตำบลบ้านลำนาว อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช โดย นางสกาวรัตน์ จันทร์อุดม เป็นผู้ดูแลคนพิการ ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็น บุตร ของคนพิการ

๒. นายแฉล้ม ผิวสลับ บ้านเลขที่ ๓๐ หมู่ที่ ๖ ตำบลบ้านลำนาว อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช โดย นายสมลักษณ์ มัชฌิมวงศ์ เป็นผู้ดูแลคนพิการ ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็น บุตร ของคนพิการ

๓. นายวรรธนพงศ์ จิตรอรุโณทัย บ้านเลขที่ ๒๓๑ ม.๓ ตำบลบ้านลำนาว อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช โดย นางสุจิตรา จิตอรุโณทัย เป็นผู้ดูแลคนพิการ ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็น มารดา ของคนพิการ

๔. นางเพียร แสงแก้ว บ้านเลขที่ ๓๕ หมู่ที่ ๑๔ ตำบลบ้านลำนาว อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช โดย นายสัมพันธ์ เดชอุดม เป็นผู้ดูแลคนพิการ ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็น หลาน ของคนพิการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุเทพ ภักดีโชติ)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านลำนาว

สำนักงานปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล
งาน พัฒนาชุมชน
โทร ๐๗๕-๘๐๙๑๓๕

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

แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

หน่วยงานรับคำขอ ฝ่ายสังคม
วันที่ 14 เดือน ก-ค พ.ศ. 63

☑ ขอมีบัตรครั้งแรก

○ ขอมีบัตรเนื่องจาก ☐ บัตรเดิมหมดอายุ ☐ ชำรุด
☐ สูญหาย ☐ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ
☐ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

๑.๑ คำนำหน้านาม ○ เด็กชาย ○ เด็กหญิง ☑ นาย ○ นาง ○ นางสาว ○ อื่น ๆ(ระบุ)

๑.๒ ชื่อ วิทย์ นามสกุล รัตนสวรรณ

๑.๓ เกิดเมื่อวันที่ 20 เดือน ก.พ พ.ศ. 2490

๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน 5 - 8 0 1 7 - 0 0 0 0 4 - 4 0 - 2

๑.๕ ศาสนา ☑ พุทธ ○ คริสต์ ○ อิสลาม ○ อื่น ๆ (ระบุ)

๑.๖ สถานภาพสมรส ○ โสด ☑ สมรสอยู่ด้วยกัน ○ หม้าย

๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ 32 หมู่ที่ 10 ตรอก/ซอย ถนน
หมู่บ้าน ตำบล/แขวง บ้านลำนาว อำเภอ/เขต บางขัน
จังหวัด นครศรีฯ รหัสไปรษณีย์ 80360 โทรศัพท์
มือถือ โทรสาร e-mail

๑.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่ 82 หมู่ที่ 10. 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 แขนขาอ่อนแรง

ประกอบอาชีพ

☐ เกษตรกรรม ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ ลูกจ้างเอกชน
☐ รับจ้างทั่วไป ☐ ธุรกิจส่วนตัว ☐ อาชีพอื่น ๆ (ระบุ)

๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ - บาท/เดือน

๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว) 10000 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 สภาวรัตน์ นามสกุล จันทร์ออม

(๓) เลขประจำตัวประชาชน 5-8017-00004/42-9

เลขหนังสือเดินทาง .... (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)

(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ○ บิดามารดา ● บุตร ○ สามีหรือภรรยา ○ พี่น้อง ○ ปู่ย่าตายาย ○ ลุงป้าน้าอา ○ บุคคลอื่น (ระบุ)..........

(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ 32 หมู่ที่ 10 ตรอก/ซอย.......... ถนน..........

หมู่บ้าน.......... ตำบล/แขวง บ้านลำนาว อำเภอ/เขต บางขัน

จังหวัด นครศรีฯ รหัสไปรษณีย์ 80360 โทรศัพท์..........

มือถือ 087-2790735 โทรสาร.......... e-mail..........

(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล 10000 บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ● ยินยอม ○ ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ..........

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

คนพิการ

ลงชื่อ นาง สภาวรัตน์ จันทร์ออม

(สภาวรัตน์ จันทร์ออม)

ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน

เลขประจำตัวประชาชน .... - .... - .... - .... - ....

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน ● เห็นควร ○ ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ..........

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

ตำแหน่ง..........

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

○ อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ

○ ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

○ ความเห็นอื่น ๆ ....

ลงชื่อ..........

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

ตำแหน่ง..........

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

เอกสารรับรองความพิการ โดยพิจารณาจากความบกพร่อง

เลขที่..........

สถานที่ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช วันที่ 03 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า น.พ.ภัทรวินท์ เอกชน ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ 243624 สังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ได้ประเมิน นายวิทย์ รัตนสุวรรณ เลขประจำตัวประชาชน 5 8017 00004 40 2

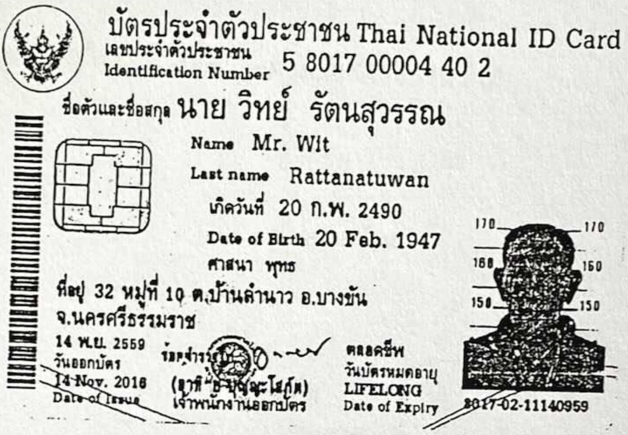
ประเภทความบกพร่อง	หัวข้อพิจารณา	หัวข้อพิจารณา		ระบุรายละเอียดลักษณะความบกพร่อง / พิการ	การเกิดความบกพร่อง / พิการ	สาเหตุของความบกพร่อง / พิการ
		ไม่บกพร่อง	บกพร่อง			
๑. ทางการเห็น	- การเห็นของสายตา - ลานสายตา			( ) ตาบอด ( ) ตาเลือนลาง	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน..........	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) ไม่ทราบสาเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..........
๒. ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย	- การได้ยินเสียง - การเข้าใจภาษาพูด - การใช้ภาษาพูด			( ) หูหนวก ( ) หูตึง ( ) สื่อความหมาย	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน..........	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) ไม่ทราบสาเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..........
๓. ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย	- การเคลื่อนไหว มือ แขน ขา หรือ เท้า - ลักษณะทั่วไปของร่างกาย		✓	( ) การเคลื่อนไหว ( ) ขาด ระบุ.......... (✓) อ่อนแรง ระบุ แขนขา 2 ข้าง ( ) อื่นๆ ระบุ.......... ( ) ร่างกาย ระบุ..........	( ) ตั้งแต่เกิด (✓) ภายหลัง จำนวน 1 ปี	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) ไม่ทราบสาเหตุ (✓) โรคอื่นๆ ระบุ กล้ามเนื้อ อักเสบ
๔. ทางจิตใจหรือพฤติกรรม	- สภาวะทางจิต หรือพฤติกรรม				( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน..........	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) ไม่ทราบสาเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..........
๕. ทางสติปัญญา	- ความสามารถทางสติปัญญา			( ) พัฒนา ( ) สติปัญญา	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน..........	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) ไม่ทราบสาเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..........
๖. ทางการเรียนรู้	- ความสามารถทางการเรียนรู้				( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน..........	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) ไม่ทราบสาเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..........
๗. ออทิสติก	- กลุ่มออทิสติก				( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน..........	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) ไม่ทราบสาเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..........

สรุปผลการวินิจฉัย โดยพิจารณาจากความบกพร่องตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ปรากฏว่าผู้ถูกประเมิน

( ) ไม่มีความพิการ (✓) มีความพิการ

ความเห็น
(✓) ส่งต่อเจ้าหน้าที่เพื่อขอมีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมาย
( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ระบุ..........
( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ระบุ..........
( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ระบุ..........
( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ระบุ..........
( ) อื่นๆ ระบุ..........

ลงชื่อ..........
(น.พ.ภัทรวินท์ เอกชน)
ตำแหน่ง แพทย์



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน
Identification Number 5 8017 00004 40 2
ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย วิทย์ รัตนสุวรรณ
Name Mr. Wit
Last name Rattanatuwan
เกิดวันที่ 20 ก.พ. 2490
Date of Birth 20 Feb. 1947
ศาสนา พุทธ
ที่อยู่ 32 หมู่ที่ 10 ต.บ้านลำนาว อ.บางขัน
จ.นครศรีธรรมราช
14 พ.ย. 2559
วันออกบัตร
14 Nov. 2016
Date of Issue
ร้อยตำรวจ[illegible]
([illegible])
เจ้าพนักงานออกบัตร
ตลอดชีพ
วันบัตรหมดอายุ
LIFELONG
Date of Expiry
8017-02-11140959

สำเนาถูกต้อง

นาง สุภาภรณ์ จันทร์อุดม

BORA-3.2-02-2559

ประเทศไทย
THAILAND

JT3—1081695—27

รายการเกี่ยวกับบ้าน

เลขรหัสประจำบ้าน 8017-000690-5 สำนักทะเบียน อำเภอบางขัน เล่มที่ 1

รายการที่อยู่ 32 หมู่ที่ 10
ตำบลบ้านลำนาว อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ชื่อหมู่บ้าน

ชื่อบ้าน

ประเภทบ้าน บ้าน

ลักษณะบ้าน

วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่

ลงชื่อ นายทะเบียน
(นายชาญชัย รัตนบุรี)

วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 21 มิถุนายน 2548

สำเนาถูกต้อง

นาง สกาวรัตน์ จันทร์อุดม

เล่มที่ 1 รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน 8017-000690-5

ชื่อ นายวิทย์ รัตนสุวรรณ ลำดับที่ 1

สัญชาติ ไทย

เพศ ชาย

เลขประจำตัวประชาชน 5-8017-00004-40-2 สถานภาพ เจ้าบ้าน

มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ แดง

เกิดเมื่อ 20 ก.พ. 2490

สัญชาติ ไทย

บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ ดับ

สัญชาติ ไทย

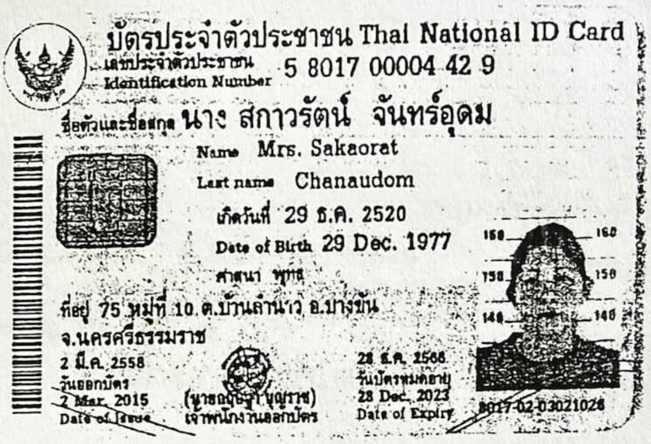
- มาจาก ฐานข้อมูลการทะเบียนราษฎร

เข้ามาอยู่ในบ้านนี้เมื่อ 4 ก.พ. 2529

นายทะเบียน
(นายชาญชัย รัตนบุรี)

•• ไปที่

นายทะเบียน



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card

เลขประจำตัวประชาชน
Identification Number 5 8017 00004 42 9

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาง สกาวรัตน์ จันทร์อุดม

Name Mrs. Sakaorat

Last name Chanaudom

เกิดวันที่ 29 ธ.ค. 2520

Date of Birth 29 Dec. 1977

ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 75 หมู่ที่ 10 ต.บ้านลำนาว อ.บางขัน
จ.นครศรีธรรมราช

2 มี.ค. 2558
วันออกบัตร
2 Mar. 2015
Date of Issue

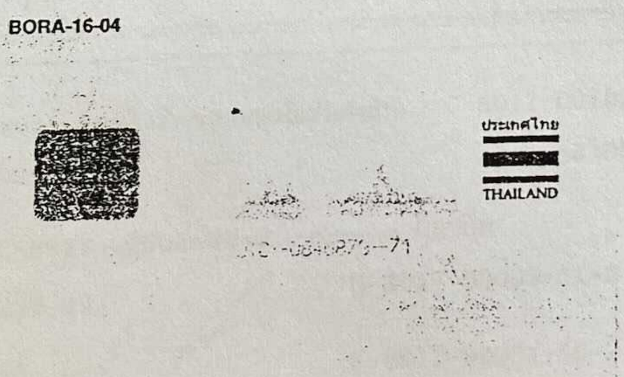
(นาย[illegible] บุญราช)
เจ้าพนักงานออกบัตร

28 ธ.ค. 2566
วันบัตรหมดอายุ
28 Dec. 2023
Date of Expiry

8017-02-03021026

สำเนาถูกต้อง

นาง สกาวรัตน์ จันทร์อุดม



BORA-16-04

ประเทศไทย
THAILAND

[illegible]-71

รายการเกี่ยวกับบ้าน

เล่มที่ 1

เลขรหัสประจำบ้าน 8017-007025-5

สำนักทะเบียน อำเภอบางขัน

รายการที่อยู่ 75 หมู่ที่ 10

ตำบลบ้านลำนาว อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ชื่อหมู่บ้าน

ชื่อบ้าน

ประเภทบ้าน บ้าน

ลักษณะบ้าน

วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่ 20 มิถุนายน 2544

ลงชื่อ นายทะเบียน

(นายสุนทร นุ่นเกตุ)

วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 10 พฤศจิกายน 2559

1

สำเนาถูกต้อง

สกาวรัตน์ จันทร์อุดม

รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน 8017-007025-5

ลำดับที่ 2

เล่มที่ 1

สัญชาติ ไทย

เพศ หญิง

ชื่อ นางสกาวรัตน์ จันทร์อุดม

เกิดเมื่อ 29 ธ.ค. 2520

เลขประจำตัวประชาชน 5-8017-00004-42-9

สถานภาพ ผู้อาศัย

มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ สัมบูรณ์

5-8017-90003-81-3 สัญชาติ ไทย

บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ สุวิทย์ วิทย์

5-8017-00004-40-2 สัญชาติ ไทย

นายทะเบียน

* มาจาก

ฐานข้อมูลการทะเบียนราษฎร

เข้ามาอยู่ในบ้านนี้เมื่อ 20 มิ.ย. 2544

(นายสุนทร นุ่นเกตุ)

นายทะเบียน

** ไปที่

3

แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

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 แฉลม นามสกุล ผิวศิลป์

๑.๓ เกิดเมื่อวันที่ 9 เดือน ก.ค. พ.ศ. 2501

๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน 3 - 8 0 1 4 - 0 0 3 0 1 - 5 1 - 1

๑.๕ ศาสนา [✓ ○ พุทธ] ○ คริสต์ ○ อิสลาม ○ อื่น ๆ (ระบุ) ....

๑.๖ สถานภาพสมรส ○ โสด [✓ ○ สมรสอยู่ด้วยกัน] ○ หม้าย

๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ 30 หมู่ที่ 6 ตรอก/ซอย.............................ถนน..............................
หมู่บ้าน.............................ตำบล/แขวง บ้านลำนาว อำเภอ/เขต บางขัน
จังหวัด นครศรีฯ รหัสไปรษณีย์ 80360 โทรศัพท์..............................
มือถือ.............................โทรสาร............................. e-mail..............................

๑.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่ 30 หมู่ที่ 6 ตรอก/ซอย.............................ถนน..............................
หมู่บ้าน.............................ตำบล/แขวง บ้านลำนาว อำเภอ/เขต บางขัน
จังหวัด นครศรีฯ รหัสไปรษณีย์ 80360 โทรศัพท์..............................
มือถือ 083-3947402 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 ขาขาด

ประกอบอาชีพ

☐ เกษตรกรรม ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ ลูกจ้างเอกชน
☐ รับจ้างทั่วไป ☐ ธุรกิจส่วนตัว ☐ อาชีพอื่น ๆ (ระบุ)..............................

๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ - บาท/เดือน

๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว) 7,500 บาท

๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี) - คน

๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ
กาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

☐ 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 สมลักษณ์ นามสกุล มัชฌิมวงศ์

(๓) เลขประจำตัวประชาชน 1 - 8 0 0 5 - 0 0 0 9 1 - 5 4 - 6

เลขหนังสือเดินทาง .... (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)

(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ○ บิดามารดา ● บุตร ○ สามีหรือภรรยา ○ พี่น้อง
○ ปู่ย่าตายาย ○ ลุงป้าน้าอา ○ บุคคลอื่น (ระบุ)..................

(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ 30 หมู่ที่ 6 ตรอก/ซอย.................. ถนน..................
หมู่บ้าน.................. ตำบล/แขวง บ้านลำนาว อำเภอ/เขต บางขัน
จังหวัด นครศรีฯ รหัสไปรษณีย์ 80360 โทรศัพท์..................
มือถือ 083-3947402 โทรสาร.................. e-mail..................

(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล 7,500 บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ● ยินยอม ○ ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

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

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน ● เห็นควร ○ ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ ผ. เดช
(นางผกาวรรณ เดชทองจันทร์)
ตำแหน่ง ผู้ช่วยนักพัฒนาชุมชน
เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

○ อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ

○ ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

○ ความเห็นอื่น ๆ ....

ลงชื่อ..
(..)
ตำแหน่ง..
เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

เอกสารรับรองความพิการ โดยพิจารณาจากความบกพร่อง

เลขที่..............................

ถานที่ ไพรทอง[illegible]

วันที่ 5 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2563

าพเจ้า นายแพทย์ / [✓ แพทย์หญิง] ดวงพร ภู่เข้ม ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ ว.64833 สังกัด สาธารณสุข

ด้ประเมิน ด.ช. / ด.ญ. / [✓ นาย] / นาง / นางสาว แถลม ผิวสลม เลขประจำตัวประชาชน ๓ | 8 ๐ 1 4 | ๐ 0 ๘ ๐ 1 | 5 1 | 1

ประเภทความบกพร่อง	หัวข้อพิจารณา	ผลการประเมิน		ระบุรายละเอียดลักษณะความบกพร่อง / พิการ	การเกิดความบกพร่อง / พิการ	สาเหตุของความบกพร่อง / พิการ
		ไม่บกพร่อง	บกพร่อง			
๑. ทางการเห็น	- การเห็นของสายตา - ลานสายตา			( ) ตาบอด ( ) ตาเลือนราง	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน........ปี......เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ (✓) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่น ๆ ระบุ.............. ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
๒. ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย	- การได้ยินเสียง - การเข้าใจภาษาพูด - การใช้ภาษาพูด			( ) หูหนวก ( ) หูตึง ( ) สื่อความหมาย	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน........ปี......เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่น ๆ ระบุ.............. ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
๓. ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย	- การเคลื่อนไหว มือ แขน [✓ ขา] หรือ เท้า - ลักษณะทั่วไปของร่างกาย		✓	( ) การเคลื่อนไหว (✓) ขาด ระบุ เหนือเข่าขวา ( ) อ่อนแรง ระบุ............ ( ) อื่น ๆ ระบุ............ ( ) ร่างกาย ระบุ............	( ) ตั้งแต่เกิด (✓) ภายหลัง จำนวน - ปี 1 เดือน	( ) พันธุกรรม (✓) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่น ๆ ระบุ.............. ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
๔. ทางจิตใจหรือพฤติกรรมหรือออทิสติก	- สภาวะทางจิต หรือพฤติกรรม - กลุ่มออทิสติก				( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน........ปี......เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่น ๆ ระบุ.............. ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
๕. ทางสติปัญญา	- ความสามารถทางสติปัญญา			( ) พัฒนาการ ( ) สติปัญญา	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน........ปี......เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่น ๆ ระบุ.............. ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
๖. ทางการเรียนรู้	- ความสามารถทางการเรียนรู้				( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน........ปี......เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่น ๆ ระบุ.............. ( ) ไม่ทราบสาเหตุ

สรุปผลการวินิจฉัย โดยพิจารณาจากความบกพร่องตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ปรากฏว่าผู้ถูกประเมิน

( ) ไม่มีความพิการ (✓) มีความพิการ

( ) ส่งต่อเจ้าหน้าที่เพื่อขอมีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมาย

( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ระบุ..............................

( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ระบุ..............................

( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ระบุ..............................

ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ระบุ..............................

( ) อื่น ๆ ระบุ..............................

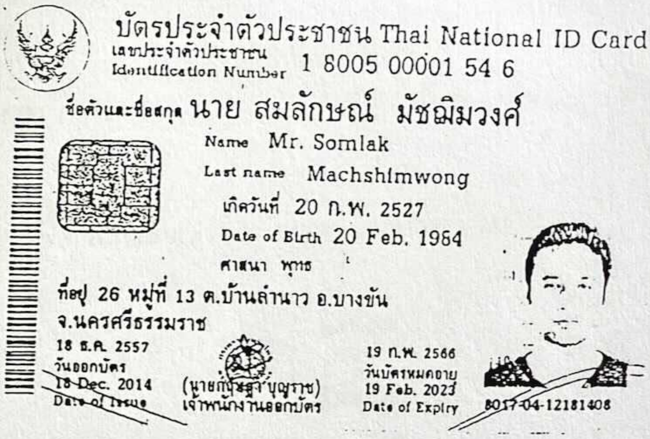
บ้านลิ่มทอง ต.มะขาม อ.ม[illegible]

ลงชื่อ..............................

(ดวงพร ภู่เข้ม)

ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ

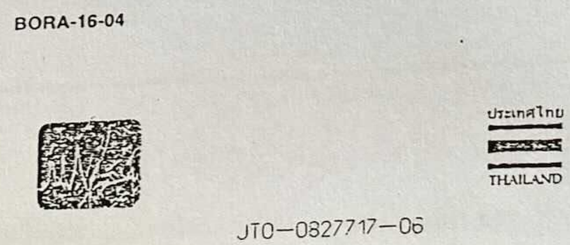
ประทับตรา
โรงพยาบาล



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน
Identification Number 1 8005 00001 54 6
ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย สมลักษณ์ มัชฌิมวงศ์
Name Mr. Somlak
Last name Machshimwong
เกิดวันที่ 20 ก.พ. 2527
Date of Birth 20 Feb. 1984
ศาสนา พุทธ
ที่อยู่ 26 หมู่ที่ 13 ต.บ้านลำนาว อ.บางขัน
จ.นครศรีธรรมราช
18 ธ.ค. 2557
วันออกบัตร
18 Dec. 2014
Date of Issue
(นายกันธรา บุญราช)
เจ้าพนักงานออกบัตร
19 ก.พ. 2566
วันบัตรหมดอายุ
19 Feb. 2023
Date of Expiry
8017-04-12181408

สำเนาถูกต้อง

สมลักษณ์ มัชฌิมวงศ์



BORA-16-04
ประเทศไทย
THAILAND
JT0-0827717-06

รายการเกี่ยวกับบ้าน เล่มที่ 1

ขรหัสประจำบ้าน 8017-001171-2 สำนักทะเบียน อำเภอบางขัน

รายการที่อยู่ 26 หมู่ที่ 13

[illegible] อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ชื่อหมู่บ้าน ชื่อบ้าน

ประเภทบ้าน บ้าน ลักษณะบ้าน

วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่

ลงชื่อ นายทะเบียน

(นางนันทา จันประสม)

วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 29 เมษายน 2547

1

สำเนาถูกต้อง

สมลักษณ์ มัชฌิมวงศ์

6

เล่มที่ 1 รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน 8017-001171-2 ลำดับที่ 5

ชื่อ นายสมลักษณ์ มัชฌิมวงศ์ สัญชาติ ไทย เพศ ชาย

เลขประจำตัวประชาชน 1-8005-00001-54-6 สถานภาพ ผู้อาศัย เกิดเมื่อ 20 ก.พ. 2527

มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ สมจิตร 3-8005-00271-90-6 สัญชาติ ไทย

บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ เคโช 3-8005-00210-15-0 สัญชาติ ไทย

มาจาก นายทะเบียน

8/1 ช.หมู่บ้านสวนสน ต.หนองแก

อ.หัวหิน จ.ประจวบคีรีขันธ์ เมื่อ 3 พ.ย. 2551 (นายสมพร ณ ระนอง)

ไปที่ นายทะเบียน

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิ

หน่วยงานรับคำขอ.......................................

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

○ ขอมีบัตรครั้งแรก

○ ขอมีบัตรเนื่องจาก ☐ บัตรเดิมหมดอายุ ☐ ชำรุด
☐ สูญหาย ☑ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ
☐ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ เปลี่ยนแปลง ผู้ดูแล.

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

๑.๑ คำนำหน้านาม ○ เด็กชาย ○ เด็กหญิง ● นาย ○ นาง ○ นางสาว ○ อื่น ๆ(ระบุ) ....

๑.๒ ชื่อ วรรธนพงศ์ นามสกุล จิตอรุโณทัย

๑.๓ เกิดเมื่อวันที่ ๕ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๔๗

๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน 1 - 8 0 9 7 - 0 0 4 6 3 - 4 1 - 1

๑.๕ ศาสนา ● พุทธ ○ คริสต์ ○ อิสลาม ○ อื่น ๆ (ระบุ) ....

๑.๖ สถานภาพสมรส ● โสด ○ สมรสอยู่ด้วยกัน ○ หม้าย

๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ 231 หมู่ที่ 3 ตรอก/ซอย.......................... ถนน..........................
หมู่บ้าน.......................... ตำบล/แขวง บ้านลำนาว อำเภอ/เขต บางขัน
จังหวัด นครศรี ฯ รหัสไปรษณีย์ 80360 โทรศัพท์..........................
มือถือ.......................... โทรสาร.......................... e-mail..........................

๑.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่ 231 หมู่ที่ 3 ตรอก/ซอย.......................... ถนน..........................
หมู่บ้าน.......................... ตำบล/แขวง บ้านลำนาว อำเภอ/เขต บางขัน
จังหวัด นครศรี ฯ รหัสไปรษณีย์ 80360 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) ......2000...... บาท

๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี) ....-............ คน

๑.๑๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

☐ 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 สุจิตรา นามสกุล จิตรโกนทัย
(๓) เลขประจำตัวประชาชน ๓ - 8 0 0 ๔ - ๐ 0 ๒ ๖ ๒ - ๗ ๖ - ๔
เลขหนังสือเดินทาง .... (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)
(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ● บิดามารดา ○ บุตร ○ สามีหรือภรรยา ○ พี่น้อง
○ ปู่ย่าตายาย ○ ลุงป้าน้าอา ○ บุคคลอื่น (ระบุ)..........
(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ 281 หมู่ที่ 3 ตรอก/ซอย.......... ถนน..........
หมู่บ้าน.......... ตำบล/แขวง บ้านลำนาว อำเภอ/เขต บางขัน
จังหวัด นครศรีฯ รหัสไปรษณีย์ 80360 โทรศัพท์..........
มือถือ 065-8492267 โทรสาร.......... e-mail..........
(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล 2000 บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ● ยินยอม ○ ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ..........
(..........)
คนพิการ

ลงชื่อ สุจิตรา จิตรโกนทัย
(..........)
ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน
เลขประจำตัวประชาชน ๓ - 8 0 0 ๔ - 0 0 ๒ ๖ ๒ - ๗ 6 - ๔

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน ● เห็นควร ○ ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

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

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

○ อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ

○ ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

○ ความเห็นอื่น ๆ ....

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

รายการเกี่ยวกับบ้าน

น 8017-010068-5 เล่มที่ 1

สำนักทะเบียน อำเภอบางขัน

อยู่ 231 หมู่ที่ 3

ตำบลบ้านลำนาว อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ชื่อหมู่บ้าน

ชื่อบ้าน

ประเภทบ้าน บ้าน

ลักษณะบ้าน บ้านไม้เดี่ยว 1 ชั้น

วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่ 26 เมษายน 2547

ลงชื่อ นายทะเบียน

(นางนันทวา จันประสม)

วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 26 เมษายน 2547

เล่มที่ 1 รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน 8017-010068-5 ลำดับที่ 6

ชื่อ ด.ช. วรรธนพงศ์ จิตอรุณทัย สัญชาติ ไทย เพศ ชาย

เลขประจำตัวประชาชน 1-8097-00463-71-1 สถานภาพ ผู้อาศัย เกิดเมื่อ 5 เม.ย. 2547

มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ สุจิตรา 3-8004-00252-76-4 สัญชาติ ไทย

บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ สิทธิภาพ 3-8005-00218-97-3 สัญชาติ ไทย

* มาจาก

ทะเบียนบ้านกลาง ถ.ชนปรีดา ต.ปากแพรก อ.ทุ่งสง จ.นครศรีธรรมราช เมื่อ 26 เม.ย. 2547

นายทะเบียน

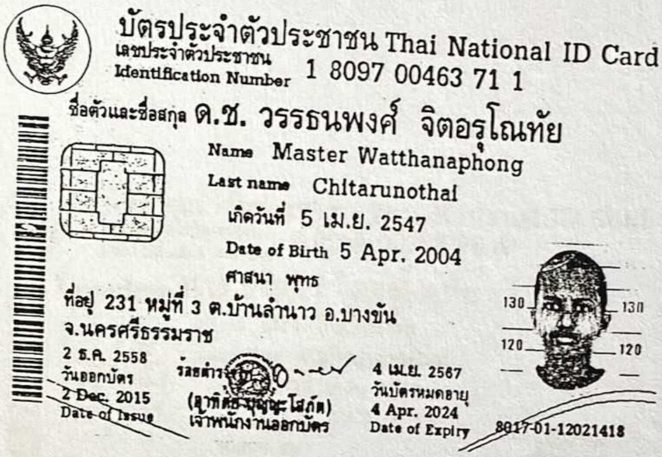
(นางนันทวา จันประสม)

** ไปที่

นายทะเบียน

สุจิตรา จิตอรุโณทัย

สำเนาถูกต้อง



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน
Identification Number 1 8097 00463 71 1

ชื่อตัวและชื่อสกุล ด.ช. วรรธนพงศ์ จิตอรุโณทัย
Name Master Watthanaphong
Last name Chitarunothai
เกิดวันที่ 5 เม.ย. 2547
Date of Birth 5 Apr. 2004
ศาสนา พุทธ
ที่อยู่ 231 หมู่ที่ 3 ต.บ้านลำนาว อ.บางขัน
จ.นครศรีธรรมราช

2 ธ.ค. 2558
วันออกบัตร
2 Dec. 2015
Date of Issue

(สุทธิศักดิ์ บุญญะโสภิต)
เจ้าพนักงานออกบัตร

4 เม.ย. 2567
วันบัตรหมดอายุ
4 Apr. 2024
Date of Expiry

8017-01-12021418

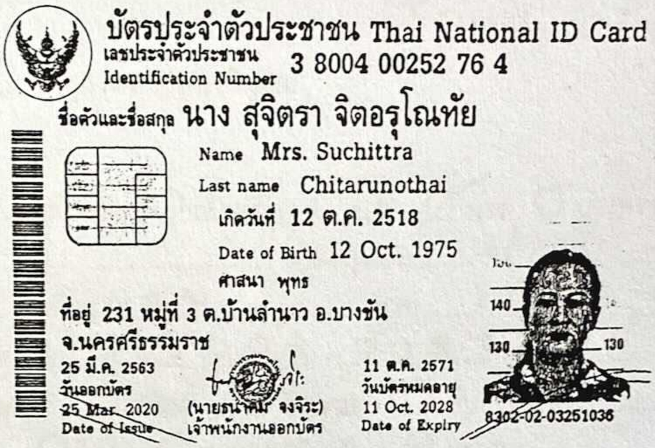
วรรธนพงศ์ จิตอรุโณทัย

สำเนาถูกต้อง

BORA-8.3-05

ประเทศไทย
THAILAND

JT2-0956048-80



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card

เลขประจำตัวประชาชน
Identification Number 3 8004 00252 76 4

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาง สุจิตรา จิตอรุโณทัย

Name Mrs. Suchittra

Last name Chitarunothai

เกิดวันที่ 12 ต.ค. 2518

Date of Birth 12 Oct. 1975

ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 231 หมู่ที่ 3 ต.บ้านลำนาว อ.บางขัน
จ.นครศรีธรรมราช

25 มี.ค. 2563
วันออกบัตร
25 Mar. 2020
Date of Issue

(นายธนาคม จงจิระ)
เจ้าพนักงานออกบัตร

11 ต.ค. 2571
วันบัตรหมดอายุ
11 Oct. 2028
Date of Expiry

8302-02-03251036

สุจิตรา จิตอรุโณทัย

สำเนาถูกต้อง

BORA-10.7-03-2562

ประเทศไทย
THAILAND

ME2—1346342—83

แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคน

หน่วยงานรับคำขอ.......................................

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

082-6914912

○ ขอมีบัตรครั้งแรก

● ขอมีบัตรเนื่องจาก ☐ บัตรเดิมหมดอายุ ☐ ชำรุด

☐ สูญหาย ☒ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ

☐ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

๑.๑ คำนำหน้านาม ○ เด็กชาย ○ เด็กหญิง ○ นาย ● นาง ○ นางสาว ○ อื่น ๆ(ระบุ) ....

๑.๒ ชื่อ เพียร นามสกุล แสงแก้ว

๑.๓ เกิดเมื่อวันที่ 9 เดือน ก.พ. พ.ศ. 2563

๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน 3 - 8 0 0 9 - 0 0 5 2 2 - 2 8 - 1

๑.๕ ศาสนา ● พุทธ ○ คริสต์ ○ อิสลาม ○ อื่น ๆ (ระบุ) ....

๑.๖ สถานภาพสมรส ○ โสด ○ สมรสอยู่ด้วยกัน ● หม้าย

๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ 35 หมู่ที่ 14 ตรอก/ซอย — ถนน —

หมู่บ้าน — ตำบล/~~แขวง~~ บ้านลำนาว อำเภอ/~~เขต~~ บางขัน

จังหวัด นครศรีฯ รหัสไปรษณีย์ 80360 โทรศัพท์..........

มือถือ 061-0100647 โทรสาร.......... e-mail..........

๑.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่ 275 หมู่ที่ 12 ตรอก/ซอย — ถนน —

หมู่บ้าน — ตำบล/~~แขวง~~ บ้านลำนาว อำเภอ/~~เขต~~ บางขัน

จังหวัด นครศรีฯ รหัสไปรษณีย์ 80360 โทรศัพท์..........

มือถือ 061-0100647 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 ผู้ป่วยติดเตียง

ประกอบอาชีพ

☐ เกษตรกรรม ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ ลูกจ้างเอกชน

☐ รับจ้างทั่วไป ☐ ธุรกิจส่วนตัว ☐ อาชีพอื่น ๆ (ระบุ)..........

๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ 1,500.- บาท/เดือน

๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว) 4,500.- บาท

๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี) — คน

๑.๑๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิกา
ประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

☐ 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 สมพันธ์ .... นามสกุล เดชอุดม ....

(๓) เลขประจำตัวประชาชน 3 - 8 0 0 9 - 0 1 1 3 0 - 3 9 - 4

เลขหนังสือเดินทาง .... (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)

(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ○ บิดามารดา ○ บุตร ○ สามีหรือภรรยา ○ พี่น้อง
○ ปู่ย่าตายาย ○ ลุงป้าน้าอา ● บุคคลอื่น (ระบุ) หลาน

(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ 175 หมู่ที่ 12 ตรอก/ซอย - ถนน -
หมู่บ้าน - ตำบล/~~แขวง~~ บ้านลำนาว อำเภอ/~~เขต~~ บางขัน
จังหวัด นครศรีฯ รหัสไปรษณีย์ .... โทรศัพท์ ....
มือถือ .... โทรสาร .... e-mail ....

(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล 4,500 บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ● ยินยอม ○ ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ..
(..)
คนพิการ

ลงชื่อ นายสมพันธ์ เดชอุดม
(..)
ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน
เลขประจำตัวประชาชน .... - .... - .... - .... - ....

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน ○ เห็นควร ○ ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ..
(..)
ตำแหน่ง..
เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

○ อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ

○ ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

○ ความเห็นอื่น ๆ ....

ลงชื่อ..
(..)
ตำแหน่ง..
เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

รายการเกี่ยวกับบ้าน

เล่มที่ 1

เลขรหัสประจำบ้าน 8017-001452-5 สำนักทะเบียน อำเภอบางขัน

รายการที่อยู่ 35 หมู่ที่ 14
ตำบลบ้านลำนาว อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ชื่อหมู่บ้าน

ชื่อบ้าน

ประเภทบ้าน บ้าน

ลักษณะบ้าน

วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่

ลงชื่อ นายทะเบียน
(นายวิรัช แก้วเมือง)

วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 1 กุมภาพันธ์ 2553

1

สำเนาถูกต้อง นายสัมพันธ์ [illegible]

2

เล่มที่ 1 รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน 8017-001452-5 ลำดับที่ 1

ชื่อ นางเพียร แสงแก้ว

สัญชาติ ไทย

เพศ หญิง

เลขประจำตัวประชาชน 3-8009-00522-28-1 สถานภาพ ~~เจ้าบ้าน~~ ผู้อาศัย

เกิดเมื่อ 9 ก.ย. 2483

มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ กิ้ง

สัญชาติ ไทย

บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ ชื่น

สัญชาติ ไทย

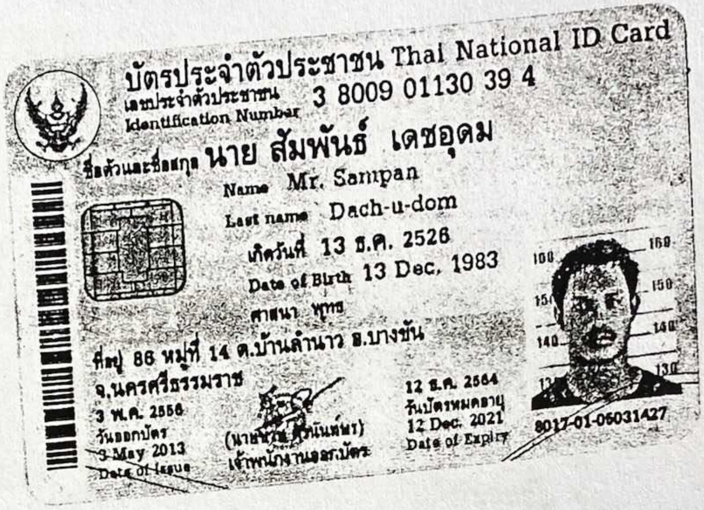
* มาจาก ฐานข้อมูลการทะเบียนราษฎร

เข้ามาอยู่ในบ้านนี้เมื่อ 11 ก.ย. 2530

นายทะเบียน
(นายวิรัช แก้วเมือง)

** ไปที่

นายทะเบียน



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card

เลขประจำตัวประชาชน 3 8009 01130 39 4
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย สัมพันธ์ เดชอุดม

Name Mr. Sampan

Last name Dach-u-dom

เกิดวันที่ 13 ธ.ค. 2526

Date of Birth 13 Dec. 1983

ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 86 หมู่ที่ 14 ต.บ้านลำนาว อ.บางขัน
จ.นครศรีธรรมราช

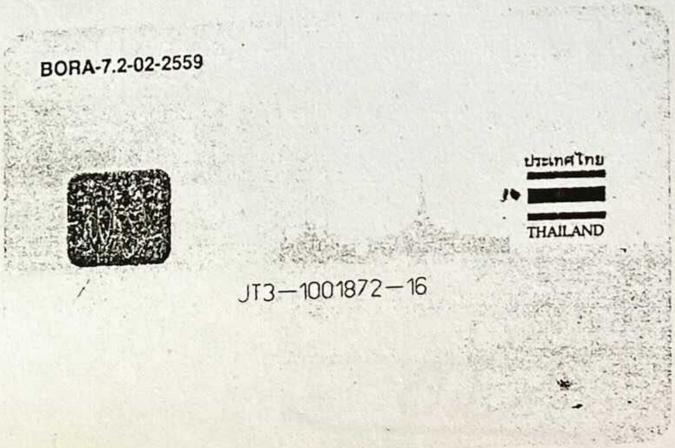
3 พ.ค. 2556
วันออกบัตร
3 May 2013
Date of Issue

(นาย[illegible]นันท์พร)
เจ้าพนักงานออกบัตร

12 ธ.ค. 2564
วันบัตรหมดอายุ
12 Dec. 2021
Date of Expiry

8017-01-06031427

นายสัมพันธ์ เดชอุดม



BORA-7.2-02-2559

ประเทศไทย
THAILAND

JT3—1001872—16

สำเนาคู่ฉบับ

ที่ นศ ๗๙๖๐๑/๗๓๗

องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านลำนาว
๘/๕ หมู่ที่ ๑๕ ตำบลบ้านลำนาว
อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

๑๑ กันยายน ๒๕๖๓

เรื่อง แจ้งขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครศรีธรรมราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๖ ราย
๒. เอกสารผู้ดูแล จำนวน ๔ ฉบับ

ด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านลำนาว มีความประสงค์แจ้งขอมีบัตรคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กรณีขอมีบัตรครั้งแรก จำนวน ๔ ราย และบัตรหมดอายุ จำนวน ๒ ราย ดังนี้

๑. นายสวัสดิ์ จันทร์มงคล บ้านเลขที่ ๖๓ หมู่ที่ ๑ ตำบลบ้านลำนาว อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

๒. นางวรรณา ชูบัวทอง บ้านเลขที่ ๗๓ หมู่ที่ ๑๖ ตำบลบ้านลำนาว อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

๓. นางยุพิน วุฒิศักดิ์ บ้านเลขที่ ๑๐๙ ม.๑๔ ตำบลบ้านลำนาว อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช โดย นายจักรธร วุฒิศักดิ์ เป็นผู้ดูแลคนพิการ ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็น บุตร ของคนพิการ

๔. นางสาวเกสราวรรณ์ พลกล้า บ้านเลขที่ ๒/๔ หมู่ที่ ๑๑ ตำบลบ้านลำนาว อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช โดย นางผกาวรรณ เดชทองจันทร์ เป็นผู้ดูแลคนพิการ ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็น อา ของคนพิการ

ตามอยู่ที่จังหวัด.

๕. นางใหม่ ศรีสุข บ้านเลขที่ ๓๓ หมู่ที่ ๒ ตำบลบ้านลำนาว อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช โดย นายวีระยุทธ์ ขำทอง เป็นผู้ดูแลคนพิการ ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็น หลาน ของคนพิการ

๖. นายสมโชค จำเริญรักษ์ ๑๓ หมู่ที่ ๖ ตำบลบ้านลำนาว อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช โดย นางสาวสงวน กาหยี เป็นผู้ดูแลคนพิการ ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็น ภรรยาของคนพิการ

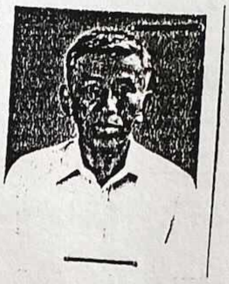
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุเทพ ภักดีโชติ)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านลำนาว

สำนักงานปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล
งาน พัฒนาชุมชน
โทร ๐๗๕-๘๐๙๑๓๕

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



แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

หน่วยงานรับคำขอ อบต. บ้านลำนาว
วันที่ ๒๕ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

● ขอมีบัตรครั้งแรก

○ ขอมีบัตรเนื่องจาก ☐ บัตรเดิมหมดอายุ ☐ ชำรุด

☐ สูญหาย ☐ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ

☐ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

๑.๑ คำนำหน้านาม ○ เด็กชาย ○ เด็กหญิง ● นาย ○ นาง ○ นางสาว ○ อื่น ๆ(ระบุ) ....

๑.๒ ชื่อ สวัสดิ์ นามสกุล จันทร์มงคล

๑.๓ เกิดเมื่อวันที่ 7 เดือน ส.ค. พ.ศ. ๒494

๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน 3 - 8009 - 00936 - 64 - 6

๑.๕ ศาสนา ● พุทธ ○ คริสต์ ○ อิสลาม ○ อื่น ๆ (ระบุ) ....

๑.๖ สถานภาพสมรส ○ โสด ● สมรสอยู่ด้วยกัน ○ หม้าย

๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ 63 หมู่ที่ 1 ตรอก/ซอย .... ถนน ....
หมู่บ้าน .... ตำบล/แขวง บ้านลำนาว อำเภอ/เขต บางขัน
จังหวัด นครศรีฯ รหัสไปรษณีย์ 80360 โทรศัพท์ ....
มือถือ 091-1070033 โทรสาร .... e-mail ....

๑.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่ 63 หมู่ที่ 1 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) 15000 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 ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ นายสิรชัย จันทร์มงคล

(..)

คนพิการ

ลงชื่อ..

(..)

ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน

เลขประจำตัวประชาชน .... - .... - .... - .... - ....

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน ● เห็นควร ○ ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ..

(นางผกาวรรณ เดชทองจันทร์)

ตำแหน่ง ผู้ช่วยนักพัฒนาชุมชน

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

○ อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ

○ ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

○ ความเห็นอื่น ๆ ....

ลงชื่อ..

(..)

ตำแหน่ง..

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

เอกสารรับรองความพิการ โดยพิจารณาจากความบกพร่อง

สถานที่ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

เลขที่ 2733 / 2563

ข้าพเจ้า น.ส.ปานชนก แก้วกุล วันที่ 24 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2563

ได้ประเมิน นายสวัสดิ์ จันทร์มงคล ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ 239539 สังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เลขประจำตัวประชาชน 3 8 0 0 9 0 0 9 3 6 6 4 6

ประเภทความบกพร่อง	หัวข้อพิจารณา	หัวข้อพิจารณา		ระบุรายละเอียดลักษณะความบกพร่อง / พิการ	การเกิดความบกพร่อง / พิการ	สาเหตุของความบกพร่อง / พิการ
		ไม่บกพร่อง	บกพร่อง			
๑. ทางการเห็น	- การเห็นของสายตา - ลานสายตา			( ) ตาบอด ( ) ตาเลือนลาง	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน..........	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) ไม่ทราบสาเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..........
๒. ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย	- การได้ยินเสียง - การเข้าใจภาษาพูด - การใช้ภาษาพูด		✓	( ) หูหนวก (✓) หูตึง ( ) สื่อความหมาย	( ) ตั้งแต่เกิด (✓) ภายหลัง จำนวน 1 ปี เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ (✓) ไม่ทราบสาเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..........
๓. ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย	- การเคลื่อนไหว มือ แขน ขา หรือ เท้า - ลักษณะทั่วไปของร่างกาย			( ) การเคลื่อนไหว ( ) ขาด ระบุ.......... ( ) อ่อนแรง ระบุ.......... ( ) อื่นๆ ระบุ.......... ( ) ร่างกาย ระบุ..........	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน..........	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) ไม่ทราบสาเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..........
๔. ทางจิตใจหรือพฤติกรรม	- สภาวะทางจิต หรือพฤติกรรม				( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน..........	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) ไม่ทราบสาเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..........
๕. ทางสติปัญญา	- ความสามารถทางสติปัญญา			( ) พัฒนา ( ) สติปัญญา	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน..........	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) ไม่ทราบสาเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..........
๖. ทางการเรียนรู้	- ความสามารถทางการเรียนรู้				( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน..........	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) ไม่ทราบสาเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..........
๗. ออทิสติก	- กลุ่มออทิสติก				( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน..........	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) ไม่ทราบสาเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..........

สรุปผลการวินิจฉัย โดยพิจารณาจากความบกพร่องตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ปรากฏว่าผู้ถูกประเมิน

( ) ไม่มีความพิการ (✓) มีความพิการ

ความเห็น (✓) ส่งต่อเจ้าหน้าที่ เพื่อขอมีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมาย

( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ระบุ..........

( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ระบุ..........

(✓) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ระบุ เครื่องช่วยฟัง

( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ระบุ..........

( ) อื่นๆ ระบุ..........

ลงชื่อ ปฺทm

(น.ส.ปานชนก แก้วกุล)

ตำแหน่ง แพทย์

ผู้พิมพ์ : วันดี แก้วบพรัตน์ วันที่พิมพ์ : 24 กรกฎาคม 2563 09:23:06

ชื่อแบบฟอร์ม : XF-FORM-DOCTOR-DEFORMED-CERT-1

รายการเกี่ยวกับบ้าน

เลขรหัสประจำบ้าน 8017-005663-5 สำนักทะเบียน อำเภอบางขัน เล่มที่ 1

รายการที่อยู่ 63 หมู่ที่ 1
ตำบลบ้านลำนาว อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ชื่อหมู่บ้าน

ชื่อบ้าน

ประเภทบ้าน บ้าน

ที่ตั้งบ้าน

วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่ 7 ตุลาคม 2540

ลงชื่อ

(นางนันทา จีนประสม) นายทะเบียน

วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 20 กุมภาพันธ์ 2550

1

สำเนาถูกต้อง
สวัสดิ์ จันทร์มงคล

เล่มที่ 1 รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน 8017-005663-5 ลำดับที่ 2

ชื่อ นายสวัสดิ์ จันทร์มงคล

สัญชาติ ไทย เพศ ชาย

เลขประจำตัวประชาชน 3-8009-00936-64-6 สถานภาพ เจ้าบ้าน เกิดเมื่อ 7 ส.ค. 2494

มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ สงบ สัญชาติ ไทย

บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ สุบิน สัญชาติ ไทย

• มาจาก ฐานข้อมูลการทะเบียนราษฎร์

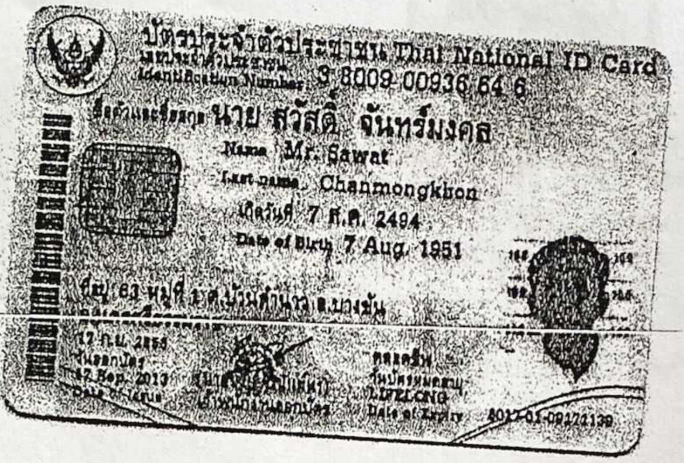
เข้ามาอยู่ในบ้านนี้เมื่อ 7 ต.ค. 2540

นายทะเบียน
(นางนันทา จีนประสม)

** ไปที่

นายทะเบียน

3



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card

เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 8009 00936 64 6

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย สวัสดิ์ จันทร์มงคล

Name Mr. Sawat

Last name Chanmongkhon

เกิดวันที่ 7 ส.ค. 2494

Date of Birth 7 Aug. 1951

ที่อยู่ 63 หมู่ที่ 1 ต.บ้านลำนาว อ.บางขัน

[illegible]

17 ก.ย. 2556

วันออกบัตร

17 Sep. 2013

Date of Issue

[illegible]

เจ้าพนักงานออกบัตร

ตลอดชีพ

วันบัตรหมดอายุ

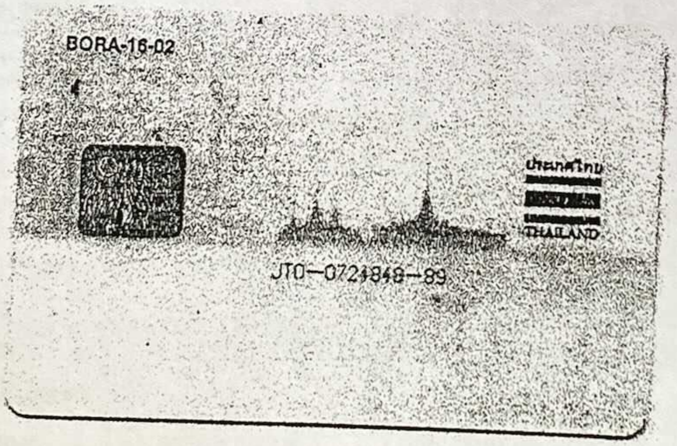
LIFELONG

Date of Expiry

8017-01-09174139

สำเนาถูกต้อง

สวัสดิ์ จันทร์มงคล



BORA-16-02

ประเทศไทย

THAILAND

JT0—0724848—89

แบบคำขอมีบัตรประจำ

หน่วยงานรับคำขอ อบต. บ้านลำนาว

วันที่........ เดือน ก.ย พ.ศ. 2563

○✓ ขอมีบัตรครั้งแรก

○ ขอมีบัตรเนื่องจาก ☐ บัตรเดิมหมดอายุ ☐ ชำรุด

☐ สูญหาย ☐ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ

☐ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

๑.๑ คำนำหน้านาม ○ เด็กชาย ○ เด็กหญิง ○ นาย ○✓ นาง ○ นางสาว ○ อื่น ๆ(ระบุ) ....

๑.๒ ชื่อ วรรณา นามสกุล ชุบัวทอง

๑.๓ เกิดเมื่อวันที่ 15 เดือน ธ.ค พ.ศ. 2504

๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน 3 - 8 0 0 9 - 0 1 0 3 4 - 8 1 - 6

๑.๕ ศาสนา ○✓ พุทธ ○ คริสต์ ○ อิสลาม ○ อื่น ๆ (ระบุ) ....

๑.๖ สถานภาพสมรส ○ โสด ○✓ สมรสอยู่ด้วยกัน ○ หม้าย

๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ 73 หมู่ที่ 16 ตรอก/ซอย.......................... ถนน..........................

หมู่บ้าน.......................... ตำบล/แขวง บ้านลำนาว อำเภอ/เขต บางขัน

จังหวัด นครศรีฯ รหัสไปรษณีย์ 80360 โทรศัพท์..........................

มือถือ 087-2827850 โทรสาร.......................... e-mail..........................

๑.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่ 78 หมู่ที่ 16 ตรอก/ซอย.......................... ถนน..........................

หมู่บ้าน.......................... ตำบล/แขวง บ้านลำนาว อำเภอ/เขต บางขัน

จังหวัด นครศรีฯ รหัสไปรษณีย์ 80360 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 4000 บาท/เดือน

๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว) 5000 บาท

๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี) 1 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 ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ นางวรรณา ชบ่วทอง
(.........................บ.........................)
คนพิการ

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

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

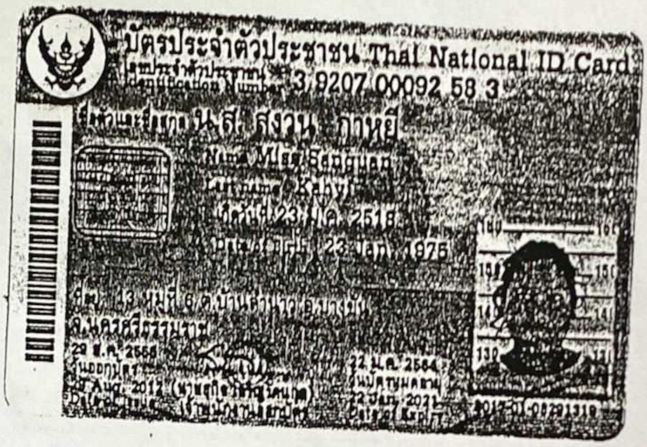
ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน ● เห็นควร ○ ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ..
(..)
ตำแหน่ง..
เจ้าหน้าที่รับคำขอ

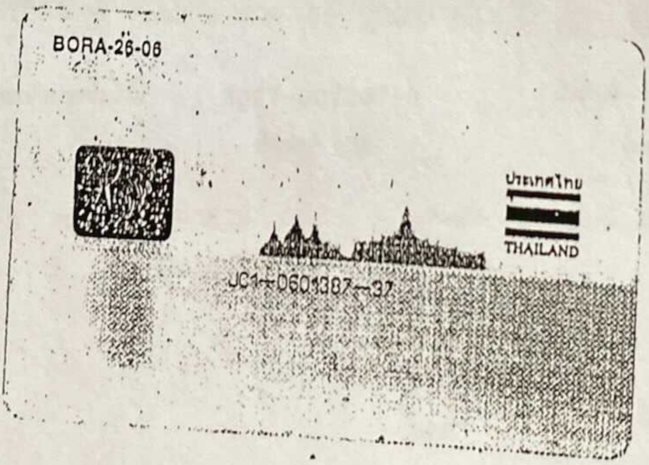
ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

○ อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ
○ ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
○ ความเห็นอื่น ๆ ....
....

ลงชื่อ..
(..)
ตำแหน่ง..
เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 9207 00092 58 3
ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. สงวน กาหยี
Name Miss Sanguan
Last name Kahyi
เกิดวันที่ 23 ม.ค. 2518
Date of Birth 23 Jan. 1975
ที่อยู่ 13 หมู่ที่ 6 ต.บ้าน[illegible] อ.บางขัน
จ.นครศรีธรรมราช
29 ส.ค. 2555
วันออกบัตร
29 Aug. 2012 (นายสุกิจ [illegible])
Date of Issue (เจ้าพนักงานออกบัตร)
22 ม.ค. 2564
วันบัตรหมดอายุ
22 Jan. 2021
Date of Expiry
8012-01-08291319



BORA-26-06
ประเทศไทย
THAILAND
JC1-0601387-37

สงวน กาหยี

รายการเกี่ยวกับบ้าน

เล่มที่ 1

เลขรหัสประจำบ้าน 8017-007207-0 สำนักทะเบียน อำเภอบางขัน

รายการที่อยู่ 13 หมู่ที่ 6

ตำบลบ้านลำนาว อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ชื่อหมู่บ้าน

ชื่อบ้าน

ประเภทบ้าน บ้าน

ลักษณะบ้าน

วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่ 16 พฤศจิกายน 2544

ลงชื่อ นายทะเบียน

(นางนันทา จีนประลม)

วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 19 มกราคม 2561

1

2

เล่มที่ 1 รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน 8017-007207-0 ลำดับที่ 1

ชื่อ นายสมโชค จำเริญรักษ์ สัญชาติ ไทย เพศ ชาย

เลขประจำตัวประชาชน 3-9201-00298-28-8 สถานภาพ เจ้าบ้าน เกิดเมื่อ 28 ธ.ค. 2509

มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ เจียม 3-9201-00298-25-3 สัญชาติ ไทย

าผู้ให้กำเนิด ชื่อ จิตร สัญชาติ ไทย

- มาจาก

ฐานข้อมูลการทะเบียนราษฎร

เข้ามาอยู่ในบ้านนี้เมื่อ 16 พ.ย. 2544

นายทะเบียน

(นางนันทา จีนประลม)

•• ไปที่

นายทะเบียน

สงวน ทานชั

รายการเกี่ยวกับบ้าน

เลขรหัสประจำบ้าน 8017-007207-0 เล่มที่ 1

สำนักทะเบียน อำเภอบางขัน

รายการที่อยู่ 13 หมู่ที่ 6

ตำบลบ้านลำนาว อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ชื่อหมู่บ้าน

ชื่อบ้าน

ประเภทบ้าน บ้าน

ลักษณะบ้าน

วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่ 16 พฤศจิกายน 2544

ลงชื่อ นายทะเบียน

(นางนันทา จินประสม)

วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 19 มกราคม 2561

1

สงวน กาหย์

เล่มที่ 1 รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน 8017-007207-0 ลำดับที่ 2

ชื่อ น.ส.สงวน กาหย์ สัญชาติ ไทย เพศ หญิง

เลขประจำตัวประชาชน 3-9207-00092-58-3 สถานภาพ ผู้อาศัย เกิดเมื่อ 23 ม.ค. 2518

มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ กลับ 3-9207-00092-50-8 สัญชาติ ไทย

บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ แจ้ง สัญชาติ ไทย

มาจาก สำนักข้อมูลการทะเบียนราษฎร นายทะเบียน

เข้ามาอยู่ในบ้านนี้เมื่อ 17 ม.ค. 2545 (นางนันทา จินประสม)

•• ไปที่

นายทะเบียน

3

แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

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 ยพิน นามสกุล วุฒิศักดิ์

๑.๓ เกิดเมื่อวันที่ 25 เดือน ต.ค พ.ศ. 2495

๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน 5 - 8 0 1 7 - 9 0 0 1 8 - 6 6 - 1

๑.๕ ศาสนา ● พุทธ ○ คริสต์ ○ อิสลาม ○ อื่น ๆ (ระบุ) ....

๑.๖ สถานภาพสมรส ○ โสด ● สมรสอยู่ด้วยกัน ○ หม้าย

๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ 24 หมู่ที่ 14 ตรอก/ซอย.............................. ถนน..............................
หมู่บ้าน.............................. ตำบล/แขวง บ้านลำนาว อำเภอ/เขต บางขัน
จังหวัด นครศรีฯ รหัสไปรษณีย์ 80360 โทรศัพท์..............................
มือถือ – โทรสาร.............................. e-mail..............................

๑.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่ 109 หมู่ที่ 14 ตรอก/ซอย.............................. ถนน..............................
หมู่บ้าน.............................. ตำบล/แขวง บ้านลำนาว อำเภอ/เขต บางขัน
จังหวัด นครศรีฯ รหัสไปรษณีย์ 80360 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) ค้าขาย

๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ 3,000 บาท/เดือน

๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว) 15,000 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 จักรธร นามสกุล ภูมิศักดิ์

(๓) เลขประจำตัวประชาชน 5 - 8 0 1 7 - 9 0 0 1 8 - 6 9 - 6

เลขหนังสือเดินทาง .... (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)

(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ○ บิดามารดา ☑ บุตร ○ สามีหรือภรรยา ○ พี่น้อง
○ ปู่ย่าตายาย ○ ลุงป้าน้าอา ○ บุคคลอื่น (ระบุ)..........

(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ 109 หมู่ที่ 14 ตรอก/ซอย.......... ถนน..........
หมู่บ้าน.......... ตำบล/แขวง บ้านลำนาว อำเภอ/เขต บางขัน
จังหวัด นครศรีฯ รหัสไปรษณีย์ 80360 โทรศัพท์..........
มือถือ 061-1975754 โทรสาร.......... e-mail..........

(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล 12,000 บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ☑ ยินยอม ○ ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ..........
(..........)
คนพิการ

ลงชื่อ นาย จักรธร ภูมิศักดิ์
(..........)
ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน

เลขประจำตัวประชาชน .... - .... - .... - .... - ....

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน ☑ เห็นควร ○ ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

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

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

○ อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ

○ ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

○ ความเห็นอื่น ๆ ....

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

สถานที่ รพ.ทุ่งช้าง วันที่ 3 เดือน ก.พ. พ.ศ.
ข้าพเจ้า นายแพทย์ / ~~แพทย์หญิง~~ สนธยา เทพพิชัย ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ -1506. สังกัด โรงพยาบาลทุ่งช้าง
ได้ประเมิน ~~ด.ช.~~ / ~~ด.ญ.~~ / ~~นาย~~ [✓ นาง] / ~~นางสาว~~ ยุพิน วุฒิศักดิ์ เลขประจำตัวประชาชน 5 8017 90018 66

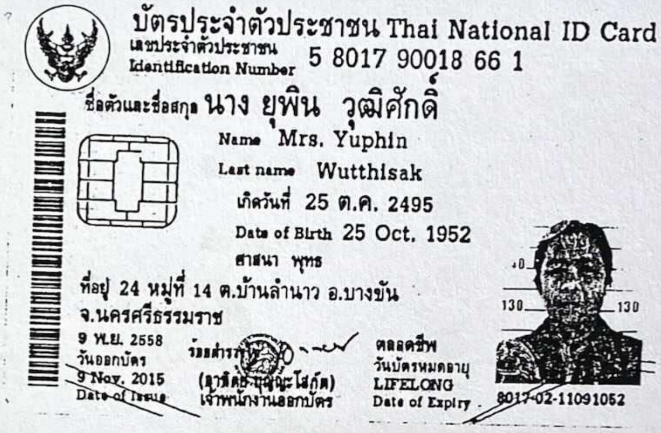
ประเภทความบกพร่อง	หัวข้อพิจารณา	ผลการประเมิน		ระบุรายละเอียดลักษณะความบกพร่อง / พิการ	การเกิดความบกพร่อง / พิการ	สาเหตุของความบกพร่อง / พิการ
		ไม่บกพร่อง	บกพร่อง			
๑. ทางการเห็น	- การเห็นของสายตา	✓		( ) ตาบอด ( ) ตาเลือนราง	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง. จำนวน........ปี......เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่น ๆ ระบุ............. ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
	- ลานสายตา	✓				
๒. ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย	- การได้ยินเสียง		✓	( ) หูหนวก (✓) หูตึง ( ) สื่อความหมาย	( ) ตั้งแต่เกิด (✓) ภายหลัง จำนวน 1 ปี......เดือน	( ) พันธุกรรม (✓) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ (✓) โรคอื่น ๆ ระบุ ชรา ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
	- การเข้าใจภาษาพูด	✓				
	- การใช้ภาษาพูด	✓				
๓. ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย	- การเคลื่อนไหว มือ แขน ขา หรือ เท้า	✓		( ) การเคลื่อนไหว ( ) ขาด ระบุ.................. ( ) อ่อนแรง ระบุ.......... ( ) อื่น ๆ ระบุ............. ( ) ร่างกาย ระบุ..........................	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน........ปี......เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่น ๆ ระบุ............. ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
	- ลักษณะทั่วไปของร่างกาย	✓				
๔. ทางจิตใจหรือพฤติกรรม	- สภาวะทางจิต หรือพฤติกรรม	✓			( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน........ปี......เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่น ๆ ระบุ............. ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
๕. ทางสติปัญญา	- ความสามารถทางสติปัญญา	✓		( ) พัฒนา ( ) สติปัญญา	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน........ปี......เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่น ๆ ระบุ............. ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
๖. ทางการเรียนรู้	- ความสามารถทางการเรียนรู้	✓			( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน........ปี......เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่น ๆ ระบุ............. ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
๗. ออทิสติก	- กลุ่มออทิสติก	✓			( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน........ปี......เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่น ๆ ระบุ............. ( ) ไม่ทราบสาเหตุ

สรุปผลการวินิจฉัย โดยพิจารณาจากความพกพร่องตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ปรากฏว่าผู้ถูกประเมิน

( ) ไม่มีความพิการ (✓) มีความพิการ

ความเห็น
(✓) ส่งต่อเจ้าหน้าที่เพื่อมีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมาย
( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ระบุ ....
( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ระบุ ....
( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ระบุ..............................
( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ระบุ..............................
( ) อื่น ๆ ระบุ..............................

ลงชื่อ
(นายสนธยา เทพพิชัย)
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card

เลขประจำตัวประชาชน
Identification Number 5 8017 90018 66 1

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาง ยุพิน วุฒิศักดิ์

Name Mrs. Yuphin

Last name Wutthisak

เกิดวันที่ 25 ต.ค. 2495

Date of Birth 25 Oct. 1952

ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 24 หมู่ที่ 14 ต.บ้านลำนาว อ.บางขัน
จ.นครศรีธรรมราช

9 พ.ย. 2558
วันออกบัตร
9 Nov. 2015
Date of Issue

ร้อยตำรวจ
(ลาดิศร บุญญะโสภิต)
เจ้าพนักงานออกบัตร

ตลอดชีพ
วันบัตรหมดอายุ
LIFELONG
Date of Expiry

8017-02-11091052

BORA-8.3-04

ประเทศไทย
THAILAND

JT2–0941523–67

นาย อักรร วุฒิศักดิ์

สำเนาถูกต้อง

รายการเกี่ยวกับบ้าน

เล่มที่ 1

เลขรหัสประจำบ้าน 8009-011044-7 **สำนักทะเบียน** อำเภอบางขัน

รายการที่อยู่ 24 หมู่ที่ 14
ตำบลบ้านลำนาว อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ชื่อหมู่บ้าน **ชื่อบ้าน**

ประเภทบ้าน บ้าน **ลักษณะบ้าน**

วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่

ลงชื่อ **นายทะเบียน**
(นางนันทา จีนประสม)

วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 11 มีนาคม 2547

1

เล่มที่ 1 รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน 8009-011044-7 ลำดับที่ 2

ชื่อ นางยุพิน วุฒิศักดิ์ สัญชาติ ไทย เพศ หญิง

เลขประจำตัวประชาชน 5-8017-90018-66-1 สถานภาพ ผู้อาศัย เกิดเมื่อ 25 ต.ค. 2495

มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ กับ 3-8009-00991-25-6 สัญชาติ ไทย

บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ ต้วน สัญชาติ ไทย

• มาจาก ฐานข้อมูลการทะเบียนราษฎร นายทะเบียน
(นางนันทา จีนประสม)

•• ไปที่ นายทะเบียน

3

รศ.อัครธร วุฒิศักดิ์
สำเนาถูกต้อง

รายการเกี่ยวกับบ้าน

เล่มที่ 1

เลขรหัสประจำบ้าน 8017-010542-3 สำนักทะเบียน อำเภอบางขัน

รายการที่อยู่ 109 หมู่ที่ 14

ตำบลบ้านลำนาว อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ชื่อหมู่บ้าน ชื่อบ้าน นายสุนทร วุฒิศักดิ์

ประเภทบ้าน บ้าน ลักษณะบ้าน บ้านไม้เดี่ยว 1 ชั้น 1 ห้อง

วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่ 8 มีนาคม 2548

ลงชื่อ นายทะเบียน

(นายสมพร ณ ระนอง)

วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 8 มีนาคม 2548

ผู้ใหญ่บ้าน [illegible]

เปลี่ยน จักรธร วุฒิศักดิ์

เล่มที่ 1 จักรธร รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน 8017-010542-3 ลำดับที่ 1

ชื่อ นาย~~สุนทร~~ วุฒิศักดิ์ สัญชาติ ไทย เพศ ชาย

เลขประจำตัวประชาชน 5-8017-90018-69-6 สถานภาพ เจ้าบ้าน เกิดเมื่อ 23 ต.ค. 2520

มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ ยุพิน 3-8009-00991-26-4 สัญชาติ ไทย

บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ เชียน 3-8009-00991-29-9 สัญชาติ ไทย

* มาจาก 24 หมู่ที่ 14 ต.บ้านลำนาว นายทะเบียน

อ.บางขัน จ.นครศรีธรรมราช เมื่อ 11 ต.ค. 2548 (นางนันทา จีนประสม)

** ไปที่ นายทะเบียน

แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

หน่

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 เกสราวรรณ นามสกุล พลกลา

๑.๓ เกิดเมื่อวันที่ 17 เดือน ก.ย พ.ศ. ๒542

๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน 1 - 8 0 9 7 - 0 0 ๓ 4 3 - 7 0 - 8

๑.๕ ศาสนา ● พุทธ ○ คริสต์ ○ อิสลาม ○ อื่น ๆ (ระบุ) ....

๑.๖ สถานภาพสมรส ● โสด ○ สมรสอยู่ด้วยกัน ○ หม้าย

๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ 2/4 หมู่ที่ 11 ตรอก/ซอย.......................... ถนน..........................

หมู่บ้าน.......................... ตำบล/แขวง บ้านลำนาว อำเภอ/เขต บางขัน

จังหวัด นครศรีธรรมราช รหัสไปรษณีย์ 80360 โทรศัพท์..........................

มือถือ 085-7849674 โทรสาร.......................... e-mail..........................

๑.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่ 2/4 หมู่ที่ 11 ตรอก/ซอย.......................... ถนน..........................

หมู่บ้าน.......................... ตำบล/แขวง บ้านลำนาว อำเภอ/เขต บางขัน

จังหวัด นครศรีฯ รหัสไปรษณีย์ 80360 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) กำลังศึกษา ม.6

๑.๑๐ อาชีพ

● ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ เรียน

ประกอบอาชีพ

☐ เกษตรกรรม ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ ลูกจ้างเอกชน

☐ รับจ้างทั่วไป ☐ ธุรกิจส่วนตัว ☐ อาชีพอื่น ๆ (ระบุ)..........................

๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ - บาท/เดือน

๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว) 15,000 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 ผกาวรรณ นามสกุล เดชทองจันทร์

(๓) เลขประจำตัวประชาชน 3 - 8005 - 00270 - 49 - 7

เลขหนังสือเดินทาง .... (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)

(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ○ บิดามารดา ○ บุตร ○ สามีหรือภรรยา ○ พี่น้อง
○ ปู่ย่าตายาย ☑ ลุงป้าน้าอา ○ บุคคลอื่น (ระบุ)..............

(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ 2/4 หมู่ที่ 11 ตรอก/ซอย .... ถนน ....

หมู่บ้าน / ตำบล/~~แขวง~~ บ้านลำนาว อำเภอ/~~เขต~~ บางขัน

จังหวัด นครศรีฯ รหัสไปรษณีย์ 80360 โทรศัพท์ ....

มือถือ 085-7849674 โทรสาร .... e-mail ....

(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล 15000 บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ☑ ยินยอม ○ ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ..
(..)
คนพิการ

ลงชื่อ ผ. เดช
(นางผกาวรรณ เดชทองจันทร์)
ผู้ช่วยนักพัฒนาชุมชน
ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน
เลขประจำตัวประชาชน 3 - 8005 - 00270 - 49 - 7

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน ☑ เห็นควร ○ ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ ผ. เดช
(นางผกาวรรณ เดชทองจันทร์)
ตำแหน่ง ผู้ช่วยนักพัฒนาชุมชน
เจ้าหน้าที่รับคำขอ

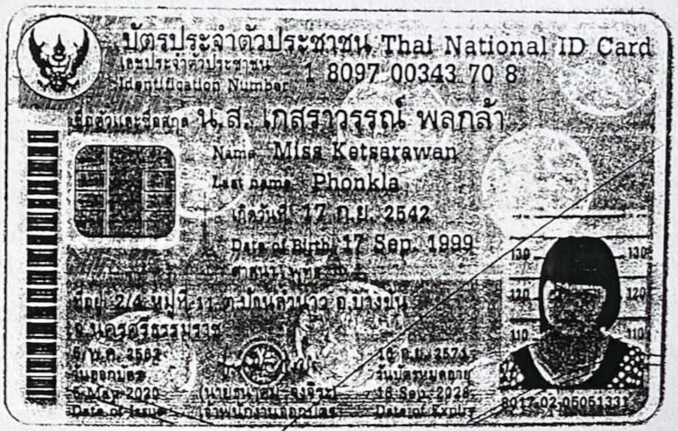
ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

○ อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ

○ ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

○ ความเห็นอื่น ๆ ....

ลงชื่อ..
(..)
ตำแหน่ง..
เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card

เลขประจำตัวประชาชน
Identification Number 1 8097 00343 70 8

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. เกสราวรรณ์ พลกล้า

Name Miss Ketsarawan

Last name Phonkla

เกิดวันที่ 17 ก.ย. 2542

Date of Birth 17 Sep. 1999

ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 2/4 หมู่ที่ 11 ต.บ้านลำนาว อ.บางขัน
จ.นครศรีธรรมราช

6 พ.ค. 2563
วันออกบัตร
6 May 2020
Date of Issue

([illegible])
เจ้าพนักงานออกบัตร

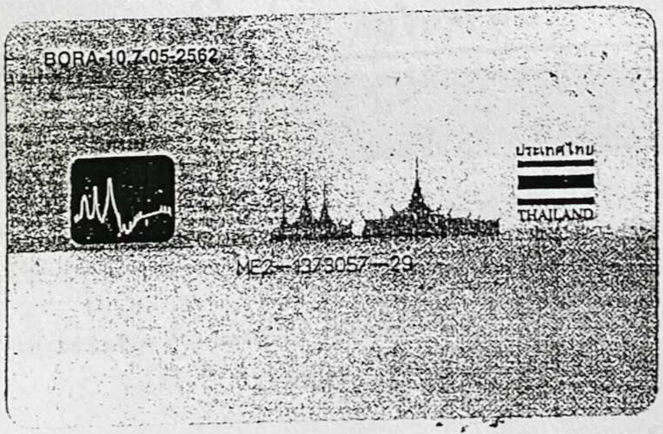
16 ก.ย. 2571
วันบัตรหมดอายุ
16 Sep. 2028
Date of Expiry

8017-02-05051331

สำเนาถูกต้อง

ผ. เจ

([illegible] [illegible])



BORA-10.7-05-2562

ประเทศไทย
THAILAND

ME2-1373057-29

รายการเกี่ยวกับบ้าน เล่มที่ 1

เลขรหัสประจำบ้าน 8017-002568-3 สำนักทะเบียน อำเภอบางขัน

รายการที่อยู่ 2/4 หมู่ที่ 11
ตำบลบ้านลำนาว อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ชื่อหมู่บ้าน ชื่อบ้าน

ประเภทบ้าน บ้าน ลักษณะบ้าน

วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่ 6 กุมภาพันธ์ 2533

ลงชื่อ นายทะเบียน
(นางนันทา จีนประสม)

วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 29 มีนาคม 2556

1

สำเนาถูกต้อง

(นภาพรรณ เศรษฐาจันทร์)

6

เล่มที่ 1 รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน 8017-002568-3 ลำดับที่ 5

สัญชาติ ไทย เพศ หญิง

ชื่อ ~~ด.ญ.~~ น.ส. เกสราวรรณ์ พลกล้า

เลขประจำตัวประชาชน 1-8097-00343-70-8 สถานภาพ ผู้อาศัย เกิดเมื่อ 17 ก.ย. 2542

มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ วันเพ็ญ 3-8009-00146-98-0 สัญชาติ ไทย

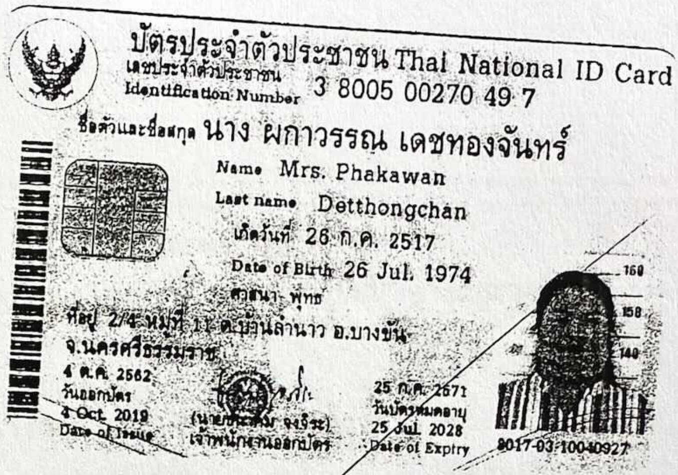
บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ ขุนกล้า 3-8005-00270-48-9 สัญชาติ ไทย

* มาจาก ฐานข้อมูลการทะเบียนราษฎร นายทะเบียน
(นางนันทา จีนประสม)

เข้ามาอยู่ในบ้านนี้เมื่อ 22 ก.ย. 2542

นายทะเบียน

** ไปที่



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card

เลขประจำตัวประชาชน
Identification Number 3 8005 00270 49 7

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาง ผกาวรรณ เดชทองจันทร์

Name Mrs. Phakawan

Last name Detthongchan

เกิดวันที่ 26 ก.ค. 2517

Date of Birth 26 Jul. 1974

ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 2/4 หมู่ที่ 11 ต.บ้านลำนาว อ.บางขัน
จ.นครศรีธรรมราช

4 ต.ค. 2562
วันออกบัตร
4 Oct. 2019
Date of Issue

(นาย[illegible] จงจิระ)
เจ้าพนักงานออกบัตร

25 ก.ค. 2571
วันบัตรหมดอายุ
25 Jul. 2028
Date of Expiry

8017-03-10040927

สำเนาถูกต้อง

ผ. เดช

(ผกาวรรณ เดชทองจันทร์)

BORA-10.7-01-2562

ประเทศไทย
THAILAND

ME2--13194211--75

รายการเกี่ยวกับบ้าน เล่มที่ 1

เลขรหัสประจำบ้าน 8017-002568-3 สำนักทะเบียน อำเภอบางขัน

รายการที่อยู่ 2/4 หมู่ที่ 11

ตำบลบ้านลำนาว อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ชื่อหมู่บ้าน ชื่อบ้าน

ประเภทบ้าน บ้าน ลักษณะบ้าน

วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่ 6 กุมภาพันธ์ 2533

ลงชื่อ นายทะเบียน

(นางนันทา จีนประสม)

วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 29 มีนาคม 2556

1

สำเนาถูกต้อง

(ผกาวรรณ เดชทองจันทร์)

ลำดับที่ 4

รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน 8017-002568-3 เพศ หญิง

สัญชาติ ไทย

เล่มที่ 1 เกิดเมื่อ 26 ก.ค. 2517

ชื่อ นางผกาวรรณ เดชทองจันทร์ สถานภาพ เจ้าบ้าน

เลขประจำตัวประชาชน 3-8005-00270-49-7

มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ โสดา 3-8005-00270-47-1 สัญชาติ ไทย

บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ กุญทล 3-8005-00270-50-1 สัญชาติ ไทย

นายทะเบียน

(นางนันทา จีนประสม)

* มาจาก ฐานข้อมูลการทะเบียนราษฎร

นายทะเบียน

เข้ามาอยู่ในบ้านนี้เมื่อ 18 พ.ค. 2541

** ไปที่

5

แบบคำขอมีบัตรแ

ยงานรับคำขอ..............

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......แหม...... นามสกุล......ศรีสง......

๑.๓ เกิดเมื่อวันที่...13... เดือน......พ.ค...... พ.ศ. ...๒๔๙๔...

๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน 3 - 8 0 0 9 - 0 0 5 0 0 - 1 0 - 6

๑.๕ ศาสนา [✓ พุทธ] ○ คริสต์ ○ อิสลาม ○ อื่น ๆ (ระบุ) ....

๑.๖ สถานภาพสมรส ○ โสด [✓ สมรสอยู่ด้วยกัน] ○ หม้าย

๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่...33... หมู่ที่...2... ตรอก/ซอย.............................. ถนน..............................

หมู่บ้าน.............................. ตำบล/แขวง......บ้านลำนาว...... อำเภอ/เขต......บางขัน......

จังหวัด......นครศรีฯ...... รหัสไปรษณีย์......80360...... โทรศัพท์..............................

มือถือ...080 - 86347758... โทรสาร.............................. e-mail..............................

๑.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่...33... หมู่ที่...2... ตรอก/ซอย.............................. ถนน..............................

หมู่บ้าน.............................. ตำบล/~~แขวง~~......บ้านลำนาว...... อำเภอ/~~เขต~~......อ. บางขัน......

จังหวัด......นครศรีฯ...... รหัสไปรษณีย์......80360...... 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......ชรา......

ประกอบอาชีพ

☐ เกษตรกรรม ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ ลูกจ้างเอกชน

☐ รับจ้างทั่วไป ☐ ธุรกิจส่วนตัว ☐ อาชีพอื่น ๆ (ระบุ)..............................

๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ......-......บาท/เดือน

๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว)......20500......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 ธีระยุทธ นามสกุล ขำหอม
(๓) เลขประจำตัวประชาชน 3 - 8 0 0 1 - 0 0 5 0 0 - 4 1 - 4
เลขหนังสือเดินทาง .... (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)
(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ○ บิดามารดา ○ บุตร ○ สามีหรือภรรยา ○ พี่น้อง
● ปู่ย่าตายาย ○ ลุงป้าน้าอา ○ บุคคลอื่น (ระบุ)..........
(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ 32 หมู่ที่ 2 ตรอก/ซอย.......... ถนน..........
หมู่บ้าน.......... ตำบล/แขวง บ้านลำนาว อำเภอ/เขต บางขัน
จังหวัด นครศรีฯ รหัสไปรษณีย์.......... โทรศัพท์..........
มือถือ.......... โทรสาร.......... e-mail..........
(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล 20500 บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ● ยินยอม ○ ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ..........
(..........)
คนพิการ

ลงชื่อ ธีระยุทธ์ ขำหอม
(..........)
ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน
เลขประจำตัวประชาชน .... - .... - .... - .... - ....

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน ○ เห็นควร ○ ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

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

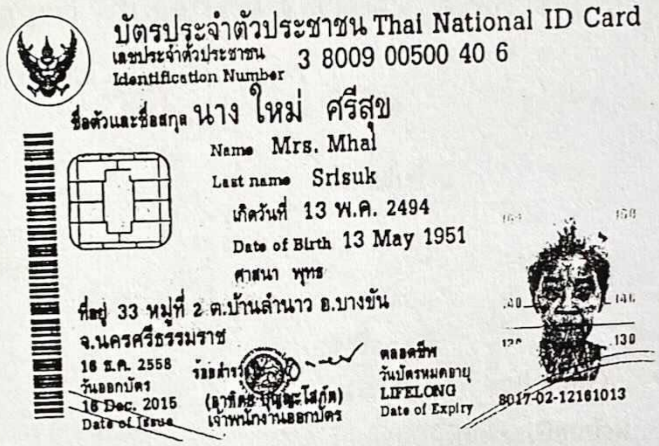
ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

○ อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ

○ ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

○ ความเห็นอื่น ๆ ....

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



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card

เลขประจำตัวประชาชน
Identification Number 3 8009 00500 40 6

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาง ใหม่ ศรีสุข

Name Mrs. Mhai

Last name Srisuk

เกิดวันที่ 13 พ.ค. 2494

Date of Birth 13 May 1951

ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 33 หมู่ที่ 2 ต.บ้านลำนาว อ.บางขัน
จ.นครศรีธรรมราช

16 ธ.ค. 2558
วันออกบัตร
16 Dec. 2015
Date of Issue

ร้อยตำรว
(สุทิศร บุญจะโสภัต)
เจ้าพนักงานออกบัตร

ตลอดชีพ
วันบัตรหมดอายุ
LIFELONG
Date of Expiry

8017-02-12161013

สำเนาถูกต้อง
ศิระพุทธ์ คำทอง

BORA-8.3-05

ประเทศไทย
THAILAND

JT2-0959743-49

รายการเกี่ยวกับบ้าน

เล่มที่ 1

เลขรหัสประจำบ้าน 8009-011259-8 สำนักทะเบียน อำเภอบางขัน

รายการที่อยู่ 33 หมู่ที่ 2
ตำบลบ้านลำนาว อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ชื่อหมู่บ้าน

ชื่อบ้าน

ประเภทบ้าน บ้าน

ลักษณะบ้าน

วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่

ลงชื่อ นายทะเบียน
(นางนันทา จีนประสม)

วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 6 พฤษภาคม 2547

1

สำเนาถูกต้อง
ศิระพุทธ์ ชำทอง

เล่มที่ 1 รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน 8009-011259-8 ลำดับที่ 2

ชื่อ นางทิหม ศรีสุข สัญชาติ ไทย เพศ หญิง

เลขประจำตัวประชาชน 3-8009-00500-40-6 สถานภาพ ผู้อาศัย เกิดเมื่อ 13 พ.ค. 2494

มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ ทรัพย์ สัญชาติ ไทย

บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ เกตุ สัญชาติ ไทย

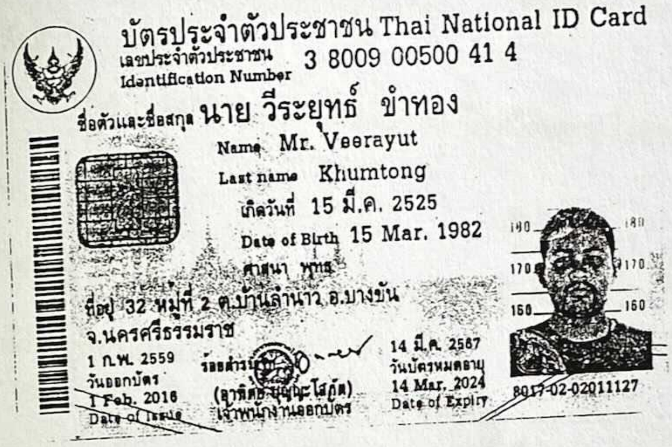
• มาจาก ฐานข้อมูลการทะเบียนราษฎร

นายทะเบียน
(นางนันทา จีนประสม)

•• ไปที่

นายทะเบียน

3



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card

เลขประจำตัวประชาชน 3 8009 00500 41 4

Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย วีระยุทธ์ ขำทอง

Name Mr. Veerayut

Last name Khumtong

เกิดวันที่ 15 มี.ค. 2525

Date of Birth 15 Mar. 1982

ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 32 หมู่ที่ 2 ต.บ้านลำนาว อ.บางขัน จ.นครศรีธรรมราช

1 ก.พ. 2559

วันออกบัตร

1 Feb. 2016

Date of Issue

([illegible] บุญญะโสภิต)

เจ้าพนักงานออกบัตร

14 มี.ค. 2567

วันบัตรหมดอายุ

14 Mar. 2024

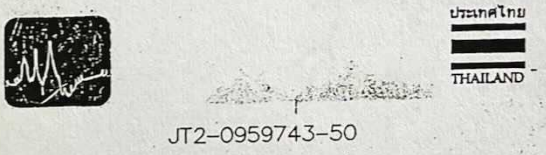
Date of Expiry

8017-02-02011127

สำเนาถูกต้อง

วีระยุทธ์ ขำทอง

BORA-8.3-05



ประเทศไทย

THAILAND

JT2-0959743-50

รายการเกี่ยวกับบ้าน

เลขรหัสประจำบ้าน 8017-000541-1 สำนักทะเบียน อำเภอบางขัน เล่มที่ 1

รายการที่อยู่ 32 หมู่ที่ 2
ตำบลบ้านลำนาว อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ชื่อหมู่บ้าน

ชื่อบ้าน

ประเภทบ้าน บ้าน

ลักษณะบ้าน

วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่

ลงชื่อ
(นางนันทา จีนประสม) นายทะเบียน

วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 22 ตุลาคม 2555

สำเนาถูกต้อง
วีระยุทธ์ ชำทอง

เล่มที่ 1 รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน 8017-000541-1 ลำดับที่ 16

ชื่อ นายวีระยุทธ์ ชำทอง สัญชาติ ไทย เพศ ชาย

เลขประจำตัวประชาชน 3-8009-00500-41-4 สถานภาพ ผู้อาศัย เกิดเมื่อ 15 มี.ค. 2525

มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ ละไม 3-8009-00500-39-2 สัญชาติ ไทย

บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ สุชี 3-8009-00083-60-1 สัญชาติ ไทย

* มาจาก
33 หมู่ที่ 2 ต.บ้านลำนาว
อ.บางขัน จ.นครศรีธรรมราช เมื่อ 22 มี.ค. 2561

นายทะเบียน
(นางนันทา จีนประสม)

** ไปที่

นายทะเบียน

แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

หน่วย

วันที่......... เดือน.........ก.ย.......... พ.ศ. ๒๕๖๓

☑ ขอมีบัตรครั้งแรก

○ ขอมีบัตรเนื่องจาก ☐ บัตรเดิมหมดอายุ ☐ ชำรุด

☐ สูญหาย ☐ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ

☐ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

๑.๑ คำนำหน้านาม ○ เด็กชาย ○ เด็กหญิง ☑ นาย ○ นาง ○ นางสาว ○ อื่น ๆ(ระบุ) ....

๑.๒ ชื่อ.....สมโชค.....นามสกุล.....จำเริญรักษ์.....

๑.๓ เกิดเมื่อวันที่.....28..... เดือน.....ธ.ค..... พ.ศ. ๒๕๐๙.....

๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน 3 - 9 2 0 1 - 0 0 2 9 8 - 2 8 - 8

๑.๕ ศาสนา ☑ พุทธ ○ คริสต์ ○ อิสลาม ○ อื่น ๆ (ระบุ) ....

๑.๖ สถานภาพสมรส ○ โสด ☑ สมรสอยู่ด้วยกัน ○ หม้าย

๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....13.....หมู่ที่.....6.....ตรอก/ซอย..........ถนน..........
หมู่บ้าน..........ตำบล/แขวง.....บ้านลำนาว.....อำเภอ/เขต.....บางขัน.....
จังหวัด.....นครศรีฯ.....รหัสไปรษณีย์.....80360.....โทรศัพท์..........
มือถือ..........โทรสาร.......... e-mail..........

๑.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่.....13.....หมู่ที่.....6.....ตรอก/ซอย..........ถนน..........
หมู่บ้าน..........ตำบล/แขวง.....บ้านลำนาว.....อำเภอ/เขต.....บางขัน.....
จังหวัด.....นครศรีฯ.....รหัสไปรษณีย์.....80360.....โทรศัพท์..........
มือถือ.....063-5860242.....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.....แขนขาอ่อนแรง การสื่อสารไม่รู้เรื่อง.....

ประกอบอาชีพ

☐ เกษตรกรรม ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ ลูกจ้างเอกชน

☐ รับจ้างทั่วไป ☐ ธุรกิจส่วนตัว ☐ อาชีพอื่น ๆ (ระบุ)..........

๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ.....-.....บาท/เดือน

๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว).....4000.....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 สงวน นามสกุล กาหย

(๓) เลขประจำตัวประชาชน 3 - 9 2 0 7 - 0 0 0 9 2 - 5 8 - 2

เลขหนังสือเดินทาง .... (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)

(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ○ บิดามารดา ○ บุตร ● สามีหรือภรรยา ○ พี่น้อง
○ ปู่ย่าตายาย ○ ลุงป้าน้าอา ○ บุคคลอื่น (ระบุ)....................................

(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ 13 หมู่ที่ 6 ตรอก/ซอย.................................ถนน.................................

หมู่บ้าน.................................ตำบล/แขวง บ้านลำนาว อำเภอ/เขต บางขัน

จังหวัด นครศรีฯ รหัสไปรษณีย์ 80360 โทรศัพท์.................................

มือถือ 063-5860242 โทรสาร.................................e-mail.................................

(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล 4,000 บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ● ยินยอม ○ ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ...
(...)
คนพิการ

ลงชื่อ สงวน กาหยี้
(...)
ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน
เลขประจำตัวประชาชน 3 - 9 2 0 7 - 0 0 0 9 2 - 5 8 - 3

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน ● เห็นควร ○ ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ...
(นางนภาวรรณ เดชทองจันทร์)
(ผู้ช่วยนักพัฒนาชุมชน)
ตำแหน่ง...
เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

○ อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ

○ ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

○ ความเห็นอื่น ๆ ....

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

ผู้ประเมินกรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ชื่อสถานพยาบาล โรงพยาบาลบางขัน วัน 17 เดือน สิงหาคม

ข้าพเจ้า [✓ นพ.]/พญ. บุญฤทธิ์ รัตนบุรี ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ ว. 47951 เป็นแพทย์เฉพาะทาง โสตฯ

ได้ประเมิน ด.ช./ด.ญ./[✓ นาย]/นาง/น.ส. สมโชค คำเจริญชาย เลขประจำตัวประชาชน 3920100218288

ประเภทความบกพร่อง (ประเมินโดยแพทย์เฉพาะทาง)	หัวข้อพิจารณา (พิการตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป)	ผลการประเมิน		ระบุรายละเอียดลักษณะความบกพร่อง/พิการ	การเกิดความบกพร่อง/พิการ (ต้องพิการมาแล้วไม่น้อยกว่า 3-6 เดือน)	สาเหตุความบกพร่อง/พิการ
		ไม่บกพร่อง	บกพร่อง			
1. ทางการเห็น (ประเมินจากข้างที่ดีกว่า) *บกพร่องข้างเดียวไม่พิการ	- การเห็นของสายตา *น้อยกว่า 6/18 หรือ 20/70 ลงไป *หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ - ลานสายตา *แคบกว่า 30 องศา *หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ			( ) ตาบอด.........ข้าง ☐L ☐R ระบุ.......... ( ) ตาเลือนราง.........ข้าง ☐L ☐R ระบุ..........	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน......ปี..........เดือน ☐ สิ้นสุดการรักษา ☐ ไม่สิ้นสุดการรักษา	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ.......... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
2. ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย (ประเมินจากข้างที่ดีกว่า) *บกพร่องข้างเดียวไม่พิการ	- การได้ยินเสียง *พิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ - การเข้าใจภาษาพูด - การใช้ภาษาพูด		✓	( ) หูหนวก ☐L ☐R ( ) หูตึง ☐L.........dB ☐R.........dB (✓) สื่อความหมาย	( ) ตั้งแต่เกิด (✓) ภายหลัง จำนวน 1 ปี..........เดือน ☐ สิ้นสุดการรักษา ☐ ไม่สิ้นสุดการรักษา	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ (✓) โรคอื่นๆ ระบุ.......... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ เส้นเลือดสมองอุดตัน
3. ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย	- การเคลื่อนไหว มือ แขน ขา หรือเท้า *พิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ ลักษณะทั่วไปของร่างกาย *กรณี อวัยวะขาด ต้องไม่สามารถหยิบจับสิ่งของและเป็นอุปสรรคในชีวิตประจำวันได้			( ) การเคลื่อนไหว ( ) ขาด ระบุ.......... ( ) อ่อนแรง ระบุ.......... ( ) อื่นๆ ระบุ.......... ( ) ร่างกาย ระบุ..........	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน......ปี..........เดือน ☐ สิ้นสุดการรักษา ☐ ไม่สิ้นสุดการรักษา	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ.......... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
4. ทางจิตใจหรือพฤติกรรม	- สภาวะทางจิต หรือพฤติกรรม *ICD 10 หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ			ระบุ..........	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน......ปี..........เดือน ☐ สิ้นสุดการรักษา ☐ ไม่สิ้นสุดการรักษา	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ.......... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
5. ทางสติปัญญา	- ความสามารถทางสติปัญญา * IQ <70 หรือ ADL หรือจาก Function อื่นๆ และ/หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ			( ) พัฒนาการ ระบุ.......... ( ) สติปัญญา ระบุ..........	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน......ปี..........เดือน ☐ สิ้นสุดการรักษา ☐ ไม่สิ้นสุดการรักษา	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ.......... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
6. ทางการเรียนรู้	- ความสามารถทางการเรียนรู้ *Specific Learning Disorder (SLD) เป็นอย่างน้อย และ/หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ			ระบุ..........	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน......ปี..........เดือน ☐ สิ้นสุดการรักษา ☐ ไม่สิ้นสุดการรักษา	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ.......... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
7. ออทิสติก	- กลุ่มออทิสติก *Autism spectrum disorder *Pervasive developmental disorders และ/หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ			ระบุ..........	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน......ปี..........เดือน ☐ สิ้นสุดการรักษา ☐ 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 ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ปรากฏว่าผู้ได้รับการประเมิน

☐ ไม่มีความพิการ / ไม่เข้าเกณฑ์ความพิการ

☑ มีความพิการตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ

ความเห็น
- (✓) ส่งต่อเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการพิจารณาตามกฎหมาย
- ( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ระบุ..........
- ( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ระบุ..........
- ( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ระบุ..........
- ( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ระบุ..........
- ( ) อื่น ๆ ระบุ..........

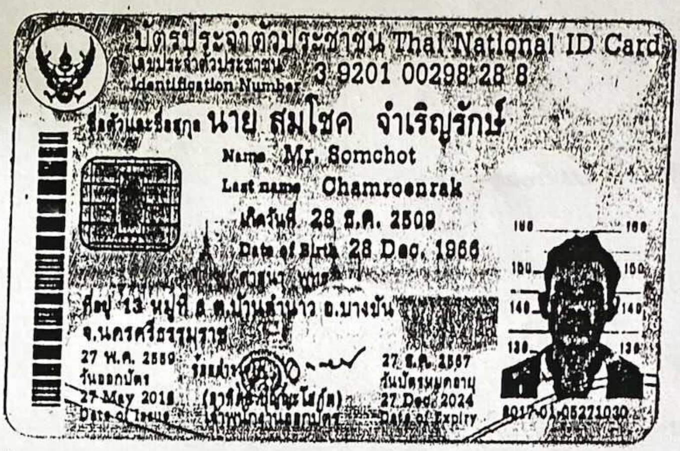
อ้างอิงตาม
*ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ พ.ศ. 2542
*ประกาศสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ เรื่อง แบบรายละเอียดของสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ พ.ศ. 2542
*ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2555
*คู่มือ การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ

ลงชื่อ.......... แพทย์ผู้วินิจฉัย และตรวจประเมินความพิการ
(นายบุญฤทธิ์ รัตนบุรี)
ตำแหน่ง นายแพทย์ ว.47951

Tel. 083-7525572

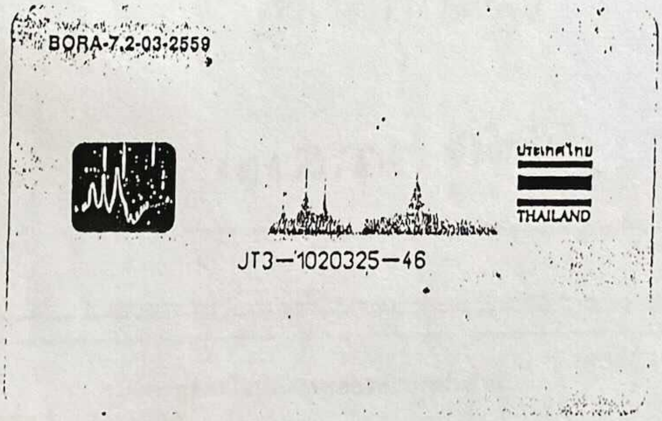
โรงพยาบาลบางขัน

ประทับตราสถานพยาบาล



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 9201 00298 28 8
ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย สมโชค จำเริญรักษ์
Name Mr. Somchot
Last name Chamroenrak
เกิดวันที่ 28 ธ.ค. 2509
Date of Birth 28 Dec. 1966
ศาสนา พุทธ
ที่อยู่ 13 หมู่ที่ 8 ต.บ้านลำนาว อ.บางขัน
จ.นครศรีธรรมราช
27 พ.ค. 2559
วันออกบัตร
27 May 2016
Date of Issue
([illegible])
เจ้าพนักงานออกบัตร
27 ธ.ค. 2567
วันบัตรหมดอายุ
27 Dec. 2024
Date of Expiry
8017-01-05271030

160
150
140
130



BORA-7.2-03-2559
ประเทศไทย
THAILAND
JT3-1020325-46

สงวน กาหยั

รายการเกี่ยวกับบ้าน

เล่มที่ 1

เลขรหัสประจำบ้าน 8017-013507-1

สำนักทะเบียน อำเภอบางขัน

รายการที่อยู่ 73 หมู่ที่ 16

ตำบลบ้านลำนาว อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ชื่อหมู่บ้าน

ชื่อบ้าน

ประเภทบ้าน บ้าน

ลักษณะบ้าน บ้านไม้เดี่ยว 1 ชั้น

วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่ 11 พฤศจิกายน 2553

ลงชื่อ นายทะเบียน

(นายวิรัช แก้วเมือง)

วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 11 พฤศจิกายน 2553

สำเนาถูกต้อง

นางวรรณา ชูบัวทอง

เล่มที่ 1

รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน 8017-013507-1

ลำดับที่ 2

ชื่อ นางวรรณา ชูบัวทอง

สัญชาติ ไทย

เพศ หญิง

เลขประจำตัวประชาชน 3-8009-01034-81-6

สถานภาพ ผู้อาศัย

เกิดเมื่อ 15 ธ.ค. 2504

มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ เพียร

สัญชาติ ไทย

บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ ซ้าย

สัญชาติ ไทย

* มาจาก 157 หมู่ที่ 16 ต.บ้านลำนาว

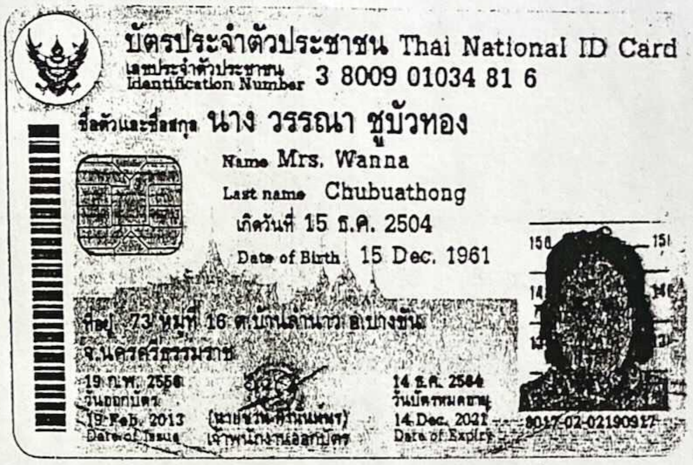
อ.บางขัน จ.นครศรีธรรมราช เมื่อ 11 พ.ย. 2553

นายทะเบียน

(นายวิรัช แก้วเมือง)

** ไปที่

นายทะเบียน



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card

เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 8009 01034 81 6

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาง วรรณา ชูบัวทอง

Name Mrs. Wanna

Last name Chubuathong

เกิดวันที่ 15 ธ.ค. 2504

Date of Birth 15 Dec. 1961

ที่อยู่ 73 หมู่ที่ 16 ต.บ้านลำนาว อ.บางขัน

จ.นครศรีธรรมราช

19 ก.พ. 2556

วันออกบัตร

19 Feb. 2013

Date of Issue

([illegible])

เจ้าพนักงานออกบัตร

14 ธ.ค. 2564

วันบัตรหมดอายุ

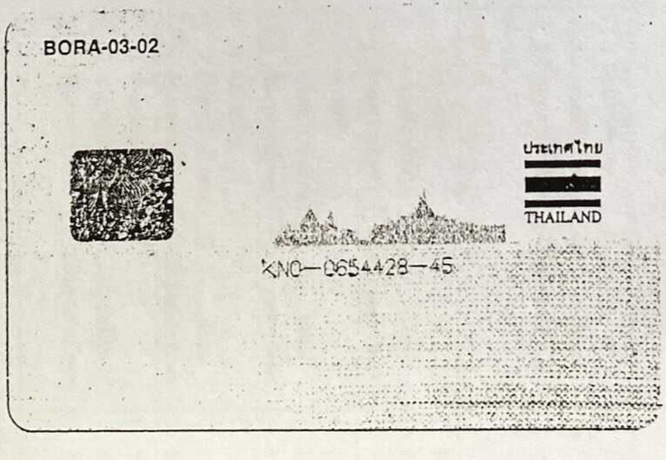
14 Dec. 2021

Date of Expiry

8017-02-02190917

สำเนาถูกต้อง

นางวรรณา ชูบัวทอง



BORA-03-02

ประเทศไทย

THAILAND

KNO-0654428-45

เอกสารรับรองความพิการ โดยพิจารณาจากความบกพร่องตามคู่มือวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ผู้ประเมินกรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ชื่อสถานพยาบาล รพ. พุสม วัน 28 เดือน ส.ค. พ.ศ. ๒๕๖๓

ข้าพเจ้า [✓ นพ.]/พญ. ฮิต อิริทภาพ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ ว. 46030 เป็นแพทย์เฉพาะทาง เวชศาสตร์ฟื้นฟู

ได้ประเมิน ด.ช./ด.ญ./นาย/[✓ นาง]/น.ส. กรรณ ชุ่มัดทอง เลขประจำตัวประชาชน 3800901034816

ประเภทความบกพร่อง (ประเมินโดยแพทย์เฉพาะทาง)	หัวข้อพิจารณา (พิการตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป)	ผลการประเมิน		ระบุรายละเอียดลักษณะความบกพร่อง/พิการ	การเกิดความบกพร่อง/พิการ (ต้องพิการมาแล้วไม่น้อยกว่า 3-6 เดือน)	สาเหตุความบกพร่อง/พิการ
		ไม่บกพร่อง	บกพร่อง			
1. ทางการเห็น (ประเมินจากข้างที่ดีกว่า) *บกพร่องข้างเดียวไม่พิการ	- การเห็นของสายตา *น้อยกว่า 6/18 หรือ 20/70 ลงไป *หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ	–	–	( ) ตาบอด.......ข้าง ☐L ☐R ระบุ..........	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน......ปี..........เดือน ☐ สิ้นสุดการรักษา ☐ ไม่สิ้นสุดการรักษา	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ.......... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
	- ลานสายตา *แคบกว่า 30 องศา *หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ	–	–	( ) ตาเลือนราง.......ข้าง ☐L ☐R ระบุ..........		
2. ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย (ประเมินจากข้างที่ดีกว่า) *บกพร่องข้างเดียวไม่พิการ	- การได้ยินเสียง *พิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ	–	–	( ) หูหนวก ☐L ☐R ( ) หูตึง ☐L.......dB ☐R.......dB ( ) สื่อความหมาย	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน ~~3~~......ปี..........เดือน ☐ สิ้นสุดการรักษา ☐ ไม่สิ้นสุดการรักษา	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ.......... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
	- การเข้าใจภาษาพูด	–	–			
	- การใช้ภาษาพูด	–	–			
3. ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย	- การเคลื่อนไหว มือ แขน ขา หรือเท้า *พิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ	–	–	( ) การเคลื่อนไหว ( ) ขาด ระบุ.......... ( ) อ่อนแรง ระบุ.......... (✓) อื่นๆ ระบุ.......... (✓) ร่างกาย ระบุ แขนซ้ายยึดติด งอไม่ได้	( ) ตั้งแต่เกิด (✓) ภายหลัง จำนวน 30 ปี..........เดือน ☑ สิ้นสุดการรักษา ☐ ไม่สิ้นสุดการรักษา	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ (✓) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ.......... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
	ลักษณะทั่วไปของร่างกาย *กรณี อวัยวะขาด ต้องไม่สามารถหยิบจับสิ่งของและเป็นอุปสรรคในชีวิตประจำวันได้	–	✓			
4. ทางจิตใจหรือพฤติกรรม	- สภาวะทางจิต หรือพฤติกรรม *ICD 10 หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ	–	–	ระบุ..........	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน......ปี..........เดือน ☐ สิ้นสุดการรักษา ☐ ไม่สิ้นสุดการรักษา	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ.......... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
5. ทางสติปัญญา	- ความสามารถทางสติปัญญา * IQ <70 หรือ ADLหรือจาก Function อื่นๆ และ/หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ	–	–	( ) พัฒนาการ ระบุ.......... ( ) สติปัญญา ระบุ..........	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน......ปี..........เดือน ☐ สิ้นสุดการรักษา ☐ ไม่สิ้นสุดการรักษา	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ.......... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
6. ทางการเรียนรู้	- ความสามารถทางการเรียนรู้ *Specific Learning Disorder (SLD) เป็นอย่างน้อย และ/หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ	–	–	ระบุ..........	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน......ปี..........เดือน ☐ สิ้นสุดการรักษา ☐ ไม่สิ้นสุดการรักษา	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ.......... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
7. ออทิสติก	- กลุ่มออทิสติก *Autism spectrum disorder *Pervasive developmental disorders และ/หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ	–	–	ระบุ..........	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน......ปี..........เดือน ☐ สิ้นสุดการรักษา ☐ 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 ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ปรากฏว่าผู้ได้รับการประเมิน

☐ ไม่มีความพิการ / ไม่เข้าเกณฑ์ความพิการ

☑ มีความพิการตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องประเภทหลักเกณฑ์ความพิการ

ความเห็น
(✓) ส่งต่อเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการพิจารณาตามกฎหมาย
( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ระบุ..........
( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ระบุ..........
( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ระบุ..........
( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ระบุ..........
( ) อื่น ๆ ระบุ..........

ความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ พ.ศ. 2542
คนพิการแห่งชาติ เรื่อง แบบรายละเอียดของสภาพความพิการที่สามารถ
เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2555
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง

ลงชื่อ.......... แพทย์ผู้ วินิจฉัย และตรวจประเมินความพิการ
(ฮิต อิริทภาพ)
ตำแหน่ง นพ.ชำนาญการ

ประทับตราสถานพยาบาล