

คู่มือสำหรับประชาชน
(คู่มือกลางสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

งานที่ให้บริการ	การขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	เทศบาลตำบลปะทิว

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่ ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานเทศบาลตำบลปะทิว	ทุกวันจันทร์-วันศุกร์ เว้นวันหยุดราชการ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.๒๕๕๐ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๖ สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยเทศบาลตำบลปะทิว เป็นผู้ประสานรับคำร้องขอมีบัตรประจำตัวคนพิการในเขตพื้นที่ เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ของคนพิการ โดยดำเนินการรับเรื่องและยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ ณ สำนักงานเทศบาลตำบลปะทิว และผู้รับผิดชอบงานพัฒนาชุมชน ดำเนินการต่อโดยนำคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการยื่นต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพื่อให้ได้บัตรประจำตัวคนพิการต่อไป

หลักเกณฑ์

- ผู้มีสิทธิยื่นแบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ ดังต่อไปนี้
- มีสัญชาติไทย
 - มีพื้นที่อยู่ในเขตที่รับผิดชอบ
 - มีใบรับรองแพทย์ที่สถานพยาบาลของรัฐรับรอง

วิธีการ

๑.ผู้มีสิทธิยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ สถานที่และภายในระยะเวลาราชการ ด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการ

๒.ผู้รับผิดชอบตรวจสอบความครบถ้วน และถูกต้องของเอกสารและหลักฐาน พร้อมยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการกับพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชุมพร

๓.เมื่อได้รับบัตรจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์แล้ว ให้แจ้งผู้มีสิทธิหรือผู้รับมอบอำนาจมารับบัตรประจำตัวคนพิการ ณ งานพัฒนาชุมพร สำนักปลัด สำนักงานเทศบาลตำบลปะทิวต่อไป

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑. ผู้ที่ประสงค์ขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ ยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐาน ระยะเวลา ๑๐ นาที	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด เทศบาลตำบลปะทิว
๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบระยะเวลา ๑๐ นาที	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด เทศบาลตำบลปะทิว
๓. เทศบาลตำบลปะทิว ติดต่อประสานงานสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชุมพร เพื่อยื่นคำขอผู้มีบัตรให้แก่คนพิการ ระยะเวลา ๒ ชั่วโมง	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด เทศบาลตำบลปะทิว
๔. เมื่อได้บัตรประจำตัวคนพิการ แจ้งให้ผู้ยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการมารับบัตรประจำตัวคนพิการต่อไป ระยะเวลา ๑ ชั่วโมง	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด เทศบาลตำบลปะทิว

ระยะเวลา

จันทร์-ศุกร์ (เว้นวันหยุดราชการ) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ สำนักงานเทศบาลตำบลปะทิว อำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร

รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
- รูปถ่ายของคนพิการ ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
- ใบรับรองความพิการซึ่งออกโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของสถานพยาบาลของรัฐฯ จำนวน ๑ ฉบับ
- กรณีเป็นผู้ดูแลคนพิการ ต้องแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียมในการลงทะเบียน

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการบริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด เทศบาลตำบลปะทิว หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๗๗๕๙ ๑๖๓๑

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอมิ้บัตรประจำตัวคนพิการ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๖

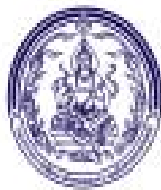


แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐

และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖

เพื่อประโยชน์ของการได้รับสิทธิและสวัสดิการตามกฎหมาย
รวมถึงผลประโยชน์อื่นใด กรุณาใส่ข้อมูล ชื่อจริง ชื่อสกุล และครอบครัว



สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ
กระทรวงการสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

รายละเอียดประกอบคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปคนพิการ
ขนาด ๓ นิ้ว
ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน

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

๑. การขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ

- ขอมิบัตรครั้งแรก
- ขอมิบัตรใหม่เนื่องจาก บัตรเต็มหมดอายุ ชำรุด
- สูญหาย มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ
- ขอมิบัตรตลอดชีพ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ มีความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์

๒. เอกสารหลักฐานที่ใช้ในการยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ ดังนี้

๒.๑ เอกสารของคนพิการ

- (๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาสูติบัตร หรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้
- (๒) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
- (๓) รูปถ่ายคนพิการขนาด ๓ นิ้ว ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๒ รูป (ในกรณีที่คนพิการไม่ได้มายื่นคำขอด้วยตนเอง)
- (๔) เอกสารรับรองความพิการซึ่งรับรองโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลเอกชนที่มีผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ประกาศกำหนด
- (๕) รูปถ่ายสภาพความพิการ กรณีคนพิการมีสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอพิจารณาสภาพความพิการ และถ่ายภาพสภาพความพิการไว้เป็นหลักฐาน โดยไม่ต้องมีเอกสารรับรองความพิการ
- (๖) กรณีคนพิการไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน แต่มีหลักฐานคานทะเบียนบ้านว่ามีสัญชาติไทยและมีเลขบัตรประจำตัวประชาชน ให้เจ้าหน้าที่รับคำขอมิบัตรติดปากสำเนาบ้านหรือพจนานุกรม เพื่อยืนยันว่าเป็นบุคคลเดียวกับบุคคลที่มีชื่อคานทะเบียนบ้าน

๒.๒ เอกสารของผู้ดูแล

- (๗) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้
- (๘) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
- (๙) หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ โดยข้าราชการ หรือลูกจ้างประจำ หรือพนักงานราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือสมาชิกสภาท้องถิ่น หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือประธานชุมชน รับรองว่าบุคคลนั้นเป็นผู้ดูแลจริง โดยแนบสำเนาบัตรประจำตัวที่ทางราชการออกให้ไว้เป็นหลักฐานการรับรองด้วย

๒.๓ กรณียื่นคำขอมิบัติรา แทนคนพิการ

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

ชื่อ..... นามสกุล.....

ที่อยู่ตามทะเบียนเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... มือถือ..... โทรสาร.....

ความสัมพันธ์กับคนพิการ ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อุปการ ผู้ดูแลคนพิการ อื่น ๆ (ระบุ).....

สำเนาเอกสารหลักฐานของคนพิการ ตามข้อ ๑ - ข้อ ๔

สำเนาเอกสารหลักฐานของผู้ดูแลคนพิการ ตามข้อ ๗ - ข้อ ๙

หลักฐานอื่น ๆ ที่แสดงให้เห็นว่าได้รับมอบอำนาจจากคนพิการ หรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับคนพิการ เนื่องจากเป็นผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อุปการ หรือผู้ดูแลคนพิการ (เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอเป็นผู้พิจารณา)

๓. ข้อมูลคนพิการ

๓.๑ คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่น ๆ (ระบุ).....

๓.๒ ชื่อ..... นามสกุล.....

๓.๓ เกิดเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

๓.๔ สัญชาติ ไทย เลขประจำตัวประชาชน ----
เลขประจำตัวอื่น ๆ (ถ้ามี).....

๓.๕ ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่น ๆ (ระบุ).....

๓.๖ สถานภาพสมรส โสด สมรสอยู่ด้วยกัน สมรสแยกกันอยู่ อยู่ด้วยกันโดยไม่สมรส
 หม้ายคู่สมรสเสียชีวิต หม้ายหย่าร้าง อื่น ๆ (ระบุ).....

๓.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... มือถือ..... โทรสาร.....

e-mail address.....

๓.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... มือถือ..... โทรสาร.....

๓.๙ การศึกษา

ไม่ได้เรียน (ข้ามไปทำข้อ ๑.๑๐) เรียน (ระบุวุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด)

ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย

อาชีวศึกษา (ปวช.) ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

ประกาศนียบัตรวิชาชีพครูเทคนิคชั้นสูง (ปทส.)

อุดมศึกษา อนุปริญญา สาขา.....

ปริญญาตรี สาขา.....

สูงกว่าปริญญาตรี วุฒิ..... สาขา.....

การศึกษาของสงฆ์ ระบุ.....

อื่น ๆ (ระบุ).....

๓.๑๐ อาชีพ

- ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ (เนื่องจากพิการมากช่วยเหลือตนเองไม่ได้)
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....
- ประกอบอาชีพ (ระบุ)
 - เกษตรกรรม ระบุ.....
 - รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....
 - ลูกจ้างเอกชน ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....
 - รับจ้างทั่วไป ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....
 - ผู้ประกอบกิจการส่วนตัว/อาชีพอิสระ ระบุ.....
 - อาชีพอื่น ๆ (ระบุ)

๓.๑๑ รายได้จากการทำงานของคนพิการ

- ไม่มีรายได้
- มีรายได้.....บาท/เดือน

๓.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว)

๓.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี)

๔. ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

- ๔.๑ ผู้ดูแลคนพิการ มี ไม่มี (ข้ามไปทำข้อ ๕)
- ๔.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ เพิ่มผู้ดูแล เปลี่ยนผู้ดูแล โดยมีรายละเอียด ดังนี้
 - (๑) คำนำน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่น ๆ (ระบุ).....
 - (๒) ชื่อ..... นามสกุล.....
 - (๓) สัญชาติไทย เลขประจำตัวประชาชน ----
 สัญชาติอื่น ๆ (ระบุ)..... เลขประจำตัวอื่น ๆ (เช่น หนังสือเดินทาง).....
 - (๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ บิดา/มารดา บุตร สามี/ภรรยา พี่/น้อง
 ปู่/ย่า/ตา/ยาย ลูก/ป้า/น้า/อา บุคคลอื่น ๆ (ระบุ).....
 - (๕) ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... มือถือ.....
โทรสาร..... e-mail address.....
 - (๖) รายได้ต่อเดือน ไม่มีรายได้ มีรายได้.....บาท/เดือน
- ๔.๓ ผู้ดูแลคนพิการประสงค์ที่จะได้มีการสนับสนุนจากรัฐในเรื่องใด (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)
 - การส่งเสริมการประกอบอาชีพ การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการ
 - การลดหย่อนภาษี การจัดให้มีผู้ช่วยเหลือ/บุคลากรที่เกี่ยวข้องสนับสนุนบางเวลา
 - การช่วยเหลือสวัสดิการอื่น ๆ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕. คนพิการมีความต้องการที่จะได้รับสิทธิในเรื่องใดต่อไปนี้

๕.๑ การบริการด้านแพทย์และสาธารณสุข

- ไม่ต้องการรับบริการ ได้รับบริการแล้ว (ระบุ).....
- ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ คำตอบ)
- บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ คำปรึกษาพยาบาล
- กายอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการหรือสื่อส่งเสริมพัฒนาการ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕.๒ การบริการด้านการศึกษาสำหรับคนพิการ

- ไม่ต้องการรับบริการ ได้รับบริการแล้ว ระบุ.....
- ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ คำตอบ)
- จัดหาสถานศึกษาให้เข้าเรียน สนับสนุนทุนการศึกษา
- สนับสนุนอุปกรณ์ทางการศึกษาหรือสื่อทางเลือกอื่น ๆ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕.๓ การบริการด้านประกอบอาชีพและการมีงานทำ

- ไม่ต้องการรับบริการ ได้รับบริการแล้ว (ระบุ).....
- ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ คำตอบ)
- การฝึกอบรมวิชาชีพ การประกอบอาชีพอิสระ
- การจัดหางานในสถานประกอบการเอกชน การจัดหางานในหน่วยงานของรัฐ
- การสนับสนุนทุนประกอบอาชีพ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕.๔ การได้รับสวัสดิการสังคมจากรัฐ

- ไม่ต้องการรับบริการ ได้รับบริการแล้ว (ระบุ).....
- ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ คำตอบ)
- การจัดให้มีผู้ช่วยคนพิการ การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวก
- สวัสดิการเบี้ยความพิการ การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย
- การให้บริการล่ามภาษามือ การลดหย่อนภาษี/ค่าบริการจากรายได้
- การส่งเสริมการอุปการะเลี้ยงดู การสนับสนุนความเข้มแข็งขององค์กรด้านคนพิการ
- การสนับสนุนสามล้อไทย เทคโนโลยีสารสนเทศ การสื่อสาร และโทรคมนาคม หรือรถเข็นสำหรับคนพิการ
- การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกีฬา นันทนาการ การกู้ยืมเงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
- การร้องขอให้มีการจัดการเลือกปฏิบัติและช่วยเหลือทางกฎหมาย อื่น ๆ (ระบุ).....

๕.๕ สภาพความเดือดร้อนของคนพิการ (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

- ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีงานทำ ไม่มีรายได้
- ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ ไม่มีโอกาสเรียนหนังสือ ไม่ได้รับการฝึกอาชีพ
- ไม่มีเงินทุนประกอบอาชีพ มีรายได้ไม่พอแก่การครองชีพ ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู
- ครอบครัวหรือผู้อุปการะมีฐานะยากจน ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- มีความลำบากเมื่อออกนอกบ้าน เช่น การเดินทางบนท้องถนน หรือไปติดต่อสถานที่ราชการ
- ถูกกีดกันไม่ให้มีโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม เรื่องอื่น ๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ยินยอม ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของคนที่พิการและผู้ดูแลคนพิการ เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้ยื่นคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมิได้ครบประจำตัวคนพิการครบถ้วน และเห็นควรให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการได้

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

- อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ ตามแบบคำขอมิบัตรฯ
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....
- ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

แบบและรายละเอียดของสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์

สถานที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

ได้ประเมิน ค.ช./ค.ญ./นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน ----

พบว่า มีความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ ตามประกาศสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ เรื่อง แบบและรายละเอียดของสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ พร้อมทั้งได้แนบภาพถ่ายมาด้วย ดังนี้

๑. ประเภทความพิการทางการเห็น
 - ไม่มีลูกตาทั้งสองข้าง
 - ไม่มีลูกตาดำทั้งสองข้าง
 - ลูกตาสีขาวขุ่นทั้งสองข้าง
 - ลูกตาฝ่อทั้งสองข้าง
๒. ประเภทความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
 - ไม่มีหูทั้งสองข้าง
๓. ประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
 - แขนขาดตั้งแต่ระดับข้อมือขึ้นไป อย่างน้อยหนึ่งข้าง
 - ขาขาดตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นไป อย่างน้อยหนึ่งข้าง

การเกิดความพิการ

- ตั้งแต่เกิด ภายหลัง จำนวน.....ปีเดือน

สาเหตุของความพิการ

- กรรมพันธุ์ โรคติดเชื้อ อุบัติเหตุ
 โรคอื่น ๆ ระบุ..... ไม่ทราบสาเหตุ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร