



ที่ ขร ๗๓๕๐๑/๑๖๓๗

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลป่าตึง  
อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ๕๗๑๑๐

๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ดำเนินการออกบัตรประจำตัวคนพิการ

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเชียงราย

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

จำนวน ๑ ชุด

ด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลป่าตึง ได้รับการประสานงานจากคนพิการราย นายสมพันธ์ คีนมาเมือง เลขประจำตัวประชาชน ๓๕๗๐๗๐๐๙๔๑๔๔๔ อาศัยอยู่บ้านเลขที่ ๕๕ หมู่ที่ ๑๐ ตำบลป่าตึง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ให้ประสานงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดเชียงราย เพื่อออกบัตรประจำตัวคนพิการใหม่ในการลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการขององค์การบริหารส่วนตำบลป่าตึง นั้น

ดังนั้น เพื่อให้คนพิการดังกล่าวได้รับประโยชน์ และเพื่อใช้ในการติดต่อขอรับบริการจากหน่วยงานต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง องค์การบริหารส่วนตำบลป่าตึง จึงขอความอนุเคราะห์ท่านได้พิจารณาดำเนินการออกบัตรประจำตัวคนพิการโดยได้แนบเอกสารมาพร้อมหนังสือฉบับนี้และเมื่อดำเนินการเรียบร้อยแล้วโปรดแจ้งให้องค์การบริหารส่วนตำบลป่าตึงมารับบัตรฯด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายณัฐกรณ์ ใจริงสี)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลป่าตึง

รับทราบ / รับเอกสาร

สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล  
งานสวัสดิการสังคม

โทรศัพท์ ๐ ๕๓๑๘ ๐๐๒๓ ต่อ ๑๐๐

โทรสาร ๐ ๕๓๑๘ ๐๐๒๑

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ [saraban@patung.go.th](mailto:saraban@patung.go.th)

เว็บไซต์ [www.Patung.go.th](http://www.Patung.go.th)

ลงชื่อ..... ผู้รับ  
วันที่ 14 เดือน 8 - ๑ พ.ศ. ๖๗

ปลัด อบต.

รองปลัด อบต.

หัวหน้าส่วน

หัวหน้าฝ่าย

หัวหน้างาน

จนท.พิมพ์/ทวน

“ยึดมั่นธรรมาภิบาล บริการเพื่อประชาชน”



แบบคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ



หน่วยงานรับคำขอ..... องค์การบริการส่วนตำบลป่าติ้ว  
วันที่.....เดือน.....ปี..... - 8 มี.ค. 2567

ขอมิบัตรครั้งแรก

ขอมิบัตรใหม่เนื่องจาก

บัตรเดิมหมดอายุ

ชำรุด

สูญหาย

มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ

อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

๑.๑ คำนำหน้านาม  เด็กชาย  เด็กหญิง  นาย  นาง  นางสาว  อื่นๆ (ระบุ).....

๑.๒ ชื่อ..... สมพันธ์ สกุล..... สันมาชัย

๑.๓ เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....ปี..... พ.ศ. 249๖

๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน 3 9207 00941 44 4

๑.๕ ศาสนา  พุทธ  คริสต์  อิสลาม  อื่นๆ (ระบุ).....

๑.๖ สถานภาพสมรส  โสด  สมรสอยู่ด้วยกัน  หม้าย

๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ 55 หมู่ที่ 10 ต.รอก/ชอย..... ถนน.....  
หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์ 52110 โทรศัพท์..... มือถือ..... โทรสาร.....  
Email Address.....

๑.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่ 55 หมู่ที่ 10 ต.รอก/ชอย..... ถนน.....  
หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์ 52110 โทรศัพท์..... มือถือ..... โทรสาร.....

๑.๙ การศึกษา

ไม่ได้เรียน

จบการศึกษาชั้นสูงสุด

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษาตอนต้น

มัธยมศึกษาตอนปลาย

อาชีวศึกษา (ปวช.)

ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

อนุปริญญา ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

ปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....  อื่นๆ (ระบุ).....

๑.๑๐ อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ..... ว่างงาน เกษตรกรรายได้น้อย

ประกอบอาชีพ

เกษตรกรรม

รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

ลูกจ้างเอกชน

รับจ้างทั่วไป

ธุรกิจส่วนตัว

อาชีพอื่นๆ (ระบุ).....

- ๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ.....บาท/เดือน
- ๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว).....3000บาท
- ๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี) .....คน

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

- ๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ  มี  ไม่มี
- ๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้
  - (๑) คำนำนานาม  เด็กชาย  เด็กหญิง  นาย  นาง  นางสาว  อื่นๆ (ระบุ)
  - (๒) ชื่อ.....ผัวแอม.....นามสกุล.....สีว ฝักดี.....
  - (๓) เลขประจำตัวประชาชน ๗ ๖๖๐๖ ๕๐๑๕๑ ๕๖ ๒
  - (๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ  บิดามารดา  บุตร  สามเณรหรือภรรยา  พี่น้อง  
 ปู่ย่าตายาย  ลุงป้าน้าอา  บุคคลอื่นๆ (ระบุ).....
  - (๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....๕๕ หมู่ที่.....๑๕ ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
 หมู่บ้าน.....สีไผ่ ตำบล/แขวง.....สีไผ่ อำเภอ/เขต.....สีไผ่ จังหวัด.....สีไผ่  
 รหัสไปรษณีย์.....๕๖๑๐ โทรศัพท์..... มือถือ..... โทรสาร.....  
 Email Address.....
  - (๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล.....3000.....บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ  ยินยอม  ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูล ส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.....สีม พันธ์  
(นางสมใจ สีมพันธ์)  
คนพิการ

ลงชื่อ.....  
(.....)

ผู้รับมอบอำนาจ

เลขประจำตัวประชาชน

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน และเห็นควรให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการได้

ลงชื่อ.....(นางพัชรี เปี่ยมคำ)  
(.....)  
ตำแหน่ง.....ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่งานพัฒนาชุมชน  
เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

- อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ
- ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์
- ความเห็นอื่น ๆ .....

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร


**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน 3 5707 00941 44 4  
 Identification Number

**ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย สมพันธ์ คินมาเมือง**  
 Name Mr. Somphan  
 Last name Khuenmamueang

เกิดวันที่ -- 2496  
 Date of Birth -- 1953

ศาสนา พุทธ  
 Religion Buddhism

ที่อยู่ 55 หมู่ที่ 10 ต.ป่าตึง อ.แม่จัน  
 จ.เชียงราย  
 10 ต.ค. 2559  
 วันออกบัตร 10 Aug. 2016  
 Date of Issue

รหัสตัวบัตร 10  
 (สุทธิบัตร บัญชีเลขบัตร)  
 เจ้าพนักงานออกบัตร

ตลอดชีพ  
 วันบัตรหมดอายุ  
 LIFELONG  
 Date of Expiry


5707-02-08101354





สำเนาถูกต้อง

สมพันธ์

(นายสมพันธ์ คินมาเมือง)

รายการเกี่ยวกับบ้าน		เลขที่
เลขรหัสประจำบ้าน	5707-023027-3	สำนักทะเบียน
รายการที่อยู่	ตำบลช้าง อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา	
ชื่อหมู่บ้าน	ชื่อบ้าน	
ประเภทบ้าน	ลักษณะบ้าน	
วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่		
ลงชื่อ 		นายทะเบียน
(นายประพันธ์ สุวีวงศ์)		
วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน		31 สิงหาคม 2555

เลขที่	รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน	5707-023027-3	ลำดับที่
ชื่อ	นายสมศักดิ์ คิ้มมาเมือง	สัญชาติ ไทย	เพศ ชาย
เลขประจำตัวประชาชน	3-5707-00941-44-4	สถานภาพ	เกิดเมื่อ
มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ	นาง	3-5707-00941-43-6	2496
บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ	สาค่า	สัญชาติ ไทย	
* มาจาก	งานข้อมูลภาวะทะเบียนราษฎร		
		(นายประพันธ์ สุวีวงศ์)	
.. ไปที่		นายทะเบียน	

สำเนาถูกต้อง

สมพันธ์

คุณสมพันธ์ สำเนา ๕๐


**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number **3 5707 00941 45 2**

**ชื่อตัวและชื่อสกุล นาง บัวหอม ฟุ้งภักดิ์**  
 Name Mrs. Buahorn  
 Last name Phuengphak

**เกิดวันที่ 6 มี.ค. 2500**  
 Date of Birth 6 Mar. 1957

**ศาสนา พุทธ**  
 ศาสนา พุทธ

**อายุ 55 หมู่ที่ 10 ต.ป่าตึง อ.แม่จัน**  
 อายุ 55 หมู่ที่ 10 ต.ป่าตึง อ.แม่จัน

**จ.เชียงราย**  
 จ.เชียงราย

**9 มี.ค. 2561**  
 วันออกบัตร 9 Mar. 2018

**5 มี.ค. 2570**  
 วันบัตรหมดอายุ 5 Mar. 2027

**5707-02-03091029**  
 เลขประจำตัวประชาชน



สำเนาถูกต้อง

บัวหอม ฟุ้งภักดิ์

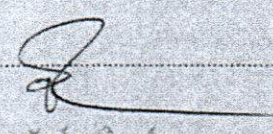
รายการเกี่ยวกับบ้าน

เลขรหัสประจำบ้าน ๓๗๗-๐๒๒๐๒๗-๖ สำนักทะเบียน อำเภอเมือง  
 เล่มที่

รายการที่อยู่ บ้านเลขที่ ๓๐  
 ตำบลบึงเค็ง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ชื่อหมู่บ้าน \_\_\_\_\_ ชื่อบ้าน \_\_\_\_\_  
 ประเภทบ้าน บ้าน ลักษณะบ้าน \_\_\_\_\_

วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่ \_\_\_\_\_

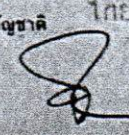
ลงชื่อ  นายทะเบียน  
 (นายประพันธ์ สุวิวงศ์)  
 วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 31 สิงหาคม 2555

4

เล่มที่ 1 รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน 5707-023027-3 ลำดับที่ 3  
 ชื่อ นางบัวหอม กิ่งกัณฑ์ สัญชาติ ไทย เพศ หญิง

เลขประจำตัวประชาชน 3-5707-00941-43-2 สถานภาพ ใช้น้ำยา เกิดเมื่อ 6 มี.ค. 2500  
 มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ นาง 3-5707-00941-43-6 สัญชาติ ไทย

บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ ตาคำ สัญชาติ ไทย

มาจาก ฐานข้อมูลการทะเบียนราษฎร  นายทะเบียน  
 (นายประพันธ์ สุวิวงศ์)

\*\* โปะที่ \_\_\_\_\_ นายทะเบียน

สำเนาถูกต้อง

บัวหอม พงษ์ศักดิ์

เอกสารรับรองความพิการ โดยพิจารณาจากความบกพร่อง

เลขที่.....

สถานที่ โรงพยาบาลแม่จัน อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

วันที่ 7 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง นกัสร ปะลังกา

ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ 40045

สังกัด โรงพยาบาลแม่จัน

ได้ประเมิน ด.ช. / ด.ญ. / นาย / นาง / นางสาว สมพันธ์ อินทเมือง

เลขประจำตัวประชาชน

3 5 7 0 7 0 0 9 4 1 4 4 4

ประเภทความบกพร่อง	หัวข้อพิจารณา	ผลการประเมิน		ระบุรายละเอียดลักษณะความบกพร่อง / พิการ	การเกิดความบกพร่อง / พิการ	สาเหตุของความบกพร่อง / พิการ	
		ไม่บกพร่อง	บกพร่อง				
๑. ทางการเห็น	- การเห็นของสายตา			( ) ตาบอด	( ) ตั้งแต่เกิด	( ) พันธุกรรม	( ) โรคติดเชื้อ
	- ลานสายตา			( ) ตาเลือนราง	( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	( ) อุบัติเหตุ	( ) โรคอื่น ๆ ระบุ.....
๒. ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย	- การได้ยินเสียง			( ) หูหนวก	( ) ตั้งแต่เกิด	( ) พันธุกรรม	( ) โรคติดเชื้อ
	- การเข้าใจภาษาพูด			( ) หูตึง	( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	( ) อุบัติเหตุ	( ) โรคอื่น ๆ ระบุ.....
	- การใช้ภาษาพูด			( ) สื่อความหมาย		( ) ไม่ทราบสาเหตุ	
๓. ทางการเคลื่อนไหวหรือทรงตัว	- การเคลื่อนไหว มือ แขน ขา หรือ เท้า		✓	(✓) การเคลื่อนไหว	( ) ตั้งแต่เกิด	( ) พันธุกรรม	( ) โรคติดเชื้อ
	- ลักษณะทั่วไปของร่างกาย			( ) ขาด ระบุ.....	(✓) ภายหลัง จำนวน 3 ปี.....เดือน	( ) อุบัติเหตุ	( ) โรคอื่น ๆ ระบุ.....
๔. ทางจิตใจหรือพฤติกรรมหรือออทิสติก	- สภาวะทางจิต หรือพฤติกรรม			( ) อ่อนแรง ระบุ.....	( ) ตั้งแต่เกิด	( ) พันธุกรรม	( ) โรคติดเชื้อ
	- กลุ่มออทิสติก			(✓) อื่น ๆ ระบุ ภาวะซึมเศร้า	( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	( ) อุบัติเหตุ	( ) โรคอื่น ๆ ระบุ.....
๕. ทางสติปัญญา	- ความสามารถทางสติปัญญา			( ) ร่างกาย ระบุ.....	( ) ตั้งแต่เกิด	( ) พันธุกรรม	( ) โรคติดเชื้อ
				( ) พัฒนาการ	( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	( ) อุบัติเหตุ	( ) โรคอื่น ๆ ระบุ.....
๖. ทางการเรียนรู้	- ความสามารถทางการเรียนรู้			( ) สติปัญญา	( ) ตั้งแต่เกิด	( ) พันธุกรรม	( ) โรคติดเชื้อ
					( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	( ) อุบัติเหตุ	( ) โรคอื่น ๆ ระบุ.....

สรุปผลการวินิจฉัย โดยพิจารณาจากความบกพร่องตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ปรากฏว่าผู้ถูกประเมิน

- ( ) ไม่มีความพิการ (✓) มีความพิการ
- ความเห็น (✓) ส่งต่อเจ้าหน้าที่เพื่อขอมีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมาย
- ( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ระบุ.....
- ( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ระบุ.....

- ( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ระบุ.....
- ( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ระบุ.....
- ( ) อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....  
(..... นกัสร ปะลังกา.....)  
ตำแหน่ง..... นายแพทย์ประจำตัว.....

