

คู่มือสำหรับประชาชน
เรื่อง การยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ



คู่มือสำหรับประชาชน

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลชุมพล อำเภอสติงพระ จังหวัดสงขลา

งานบริการ	การยื่นคำขอมิ้บัตรประจำตัวคนพิการ
หน่วยงานรับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลชุมพล

๑. หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖ กำหนดให้คนพิการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการ และความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ และพัฒนาตนเองได้เต็มศักยภาพ ให้มีขีดความสามารถ ที่พร้อมในการปรับตัวอยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่า และมีความสุข

ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ ความพิการ พ.ศ. ๒๕๕๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๕ กำหนดประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ดังนี้

๑. ความพิการทางการเห็น

๑.๑ ตาบอด หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือ การเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการเห็น เมื่อตรวจวัดการเห็น ของสายตาข้างที่ดีกว่า เมื่อใช้แว่นสายตาธรรมดาแล้ว อยู่ในระดับต่ำกว่า ๓ ส่วน ๖๐ เมตร (๓/๖๐) หรือ ๒๐ ส่วน ๔๐๐ ฟุต (๒๐/๔๐๐) ลงมาจนกระทั่งมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง หรือมีลานสายตาแคบกว่า ๑๐ องศา

๑.๒ ตาเห็นเลือนราง หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการเห็นเมื่อตรวจวัด การเห็นของสายตาข้างที่ดีกว่า เมื่อใช้แว่นสายตาธรรมดาแล้ว อยู่ในระดับตั้งแต่ ๓ ส่วน ๖๐ เมตร (๓/๖๐) หรือ ๒๐ ส่วน ๔๐๐ ฟุต (๒๐/๔๐๐) ไปจนถึงต่ำกว่า ๖ ส่วน ๑๘ เมตร (๖/๑๘) หรือ ๒๐ ส่วน ๗๐ ฟุต (๒๐/๗๐) หรือมีลานสายตาแคบกว่า ๓๐ องศา

๒. ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ได้แก่

๒.๑ หูหนวก หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยินจนไม่สามารถรับข้อมูลผ่าน ทางการได้ยิน เมื่อตรวจการได้ยิน โดยใช้คลื่นความถี่ที่ ๕๐๐ เฮิรตซ์ ๑,๐๐๐ เฮิรตซ์และ ๒,๐๐๐ เฮิรตซ์ในหู ข้างที่ได้ยินดีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียง ๙๐ เดซิเบลขึ้นไป

๒.๒ หูตึง หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยิน เมื่อตรวจวัดการได้ยิน โดยใช้ คลื่นความถี่ที่ ๕๐๐ เฮิรตซ์, ๑,๐๐๐ เฮิรตซ์และ ๒,๐๐๐ เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าจะสูญเสียการได้ยิน ที่ความดังของเสียงน้อยกว่า ๙๐ เดซิเบลลงมาถึง ๔๐ เดซิเบล

๒.๓ ความพิการทางการสื่อความหมาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม ในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องทาง การสื่อความหมาย เช่น พูดไม่ได้ พูดหรือฟังแล้วผู้อื่นไม่เข้าใจ เป็นต้น

๑. หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข (ต่อ)

๓. ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

๓.๑ ความพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม ในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือ การสูญเสียความสามารถของ อวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุอัมพาต แขน ขา อ่อนแรง แขน ขาขาด หรือภาวะ เจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงาน มือ เท้า แขน ขา

๓.๒ ความพิการทางร่างกาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม ในชีวิตประจำวันหรือ การเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือ ความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และสภาพลักษณะภายนอกของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน

๔. ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ได้แก่ การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม ในชีวิตประจำวันหรือ การเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องหรือความผิดปกติ ทางจิตใจหรือสมองในส่วน ของการรับรู้อารมณ์หรือความคิด”

๕. ความพิการทางสติปัญญา ได้แก่ การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมี ส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีพัฒนาการช้ากว่าปกติ หรือมีระดับเชาวน์ ปัญญาต่ำกว่าบุคคล ทั่วไป โดยความผิดปกตินั้นแสดงก่อนอายุ ๑๘ ปี

๖. ความพิการทางการเรียนรู้ได้แก่ การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมี ส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมโดยเฉพาะด้านการเรียนรู้ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางสมอง ทำให้เกิดความ บกพร่องในด้านการอ่าน การเขียน การคิดคำนวณ หรือกระบวนการเรียนรู้พื้นฐานอื่นในระดับ ความสามารถที่ต่ำกว่า เกณฑ์มาตรฐานตามช่วงอายุและระดับสติปัญญา

๗. ความพิการทางออทิสติก ได้แก่ การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมี ส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางพัฒนาการด้านสังคม ภาษา และการสื่อความหมาย พฤติกรรมและอารมณ์ โดยมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของสมองและความผิดปกติอื่น แสดงก่อนอายุสองปีครึ่ง ทั้งนี้ ให้อารมณ์ถึงการวินิจฉัย กลุ่มออทิสติกสเปกตรัมอื่น ๆ เช่น แอสเพอร์เกอร์ (Asperger)”

๒. คุณสมบัติผู้ยื่นคำขอ

๑. เป็นบุคคลผู้มีสัญชาติไทย

๒. เอกสารรับรองความพิการ ซึ่งรับรองโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาล เอกชนที่อธิบดีประกาศกำหนด

๓. บุคคลที่ยังไม่ได้แจ้งเกิดหรือบุคคลที่ไม่ปรากฏแน่ชัดว่ามีสัญชาติไทยต้องดำเนินการตามขั้นตอน ตามพระราชบัญญัติ การทะเบียนราษฎร พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) ก่อน

๓. ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ	
ขั้นตอน	หน่วยงานรับผิดชอบ
๑. ผู้ยื่นแบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการต่อเจ้าหน้าที่ (ระยะเวลา ๒ นาที) ๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารและสอบถามข้อมูลเบื้องต้น (ระยะเวลา ๓ นาที) ๓. กรณีเอกสารครบถ้วนถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะจัดทำหนังสือนำส่งผลการยื่นคำขอให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสงขลา เพื่อดำเนินการออกบัตรประจำตัวคนพิการ (ระยะเวลา ๒ วัน) ๔. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสงขลาได้รับเอกสารและดำเนินการออกบัตรประจำตัวคนพิการ (ระยะเวลา ๓ วัน) ๕. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสงขลา จัดส่งบัตรประจำตัวคนพิการให้ อบต.ชุมพล เพื่อนำส่งให้คนพิการ (ระยะเวลา ๓ วัน)	กองสวัสดิการสังคม
ระยะเวลา	
รวมระยะเวลาในการยื่นคำขอและตรวจสอบคุณสมบัติ ไม่เกิน ๙ วัน	

๔. รายการเอกสารหลักฐานที่ใช้ยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ
๑. เอกสารหลักฐานของคนพิการ ๑.๑ เอกสารประจำตัวอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ บัตรประจำตัวประชาชน หรือ บัตรประจำตัวข้าราชการ หรือสูติบัตรสำหรับบุคคลอายุต่ำกว่าสิบห้าปี หรือหนังสือรับรองการเกิดตามแบบที่กรมการปกครองกำหนด ๑.๒ ทะเบียนบ้านของคนพิการ (กรณีที่คนพิการมีทะเบียนบ้าน แต่ไม่มีบัตรประชาชน ต้องดำเนินการ ตามขั้นตอนตามพระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๑ ก่อน) ๑.๓ รูปถ่ายคนพิการ ขนาด ๑ นิ้ว ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๒ รูป ๑.๔ เอกสารรับรองความพิการ ซึ่งรับรองโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของสถานพยาบาล ของรัฐ หรือสถานพยาบาลเอกชนที่อธิบดีประกาศกำหนด ๑.๕ สภาพความพิการเป็นที่เห็นได้โดยประจักษ์ ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอยื่นคำขอถ่ายสภาพความพิการ ไว้เป็นหลักฐาน ๒. เอกสารหลักฐานของผู้ดูแลคนพิการ (เป็นผู้ซึ่งมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเดียวกันกับคนพิการ หรือ เป็นผู้ดูแลคนพิการซึ่งคนพิการอาศัยอยู่ด้วยตามความเป็นจริง) ๒.๑ บัตรประชาชนของผู้ดูแลคนพิการ ๒.๑ ทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ

๕. ช่องทางการให้บริการ/การติดต่อ	
สถานที่ให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
๑. กองสวัสดิการสังคม อบต.ชุมพล หมายเลขโทรศัพท์ : ๐๗๔ ๓๐๔๒๒๓ ต่อ ๖ หรือ ๐๖๑ ๗๔๔๗๘๖ ๒. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสงขลา หมายเลขโทรศัพท์ ๐๗๔ ๓๑๑๑๘๘ (กรณีไปติดต่อทำบัตรคนพิการเองโดยตรง)	วันจันทร์ - วันศุกร์ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น. (เว้นวันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์)

๖. ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียมหรือค่าใช้จ่ายใดๆ

๗. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> ๑. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖ ๒. ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ ความพิการ พ.ศ. ๒๕๕๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๕ |
|---|

๘. การรับเรื่องร้องเรียน

หากพบปัญหา/ข้อสงสัยในการให้บริการ สามารถติดต่อหรือแจ้งเรื่องได้ตามช่องทางดังต่อไปนี้
--

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> ๑. ยื่นคำร้องด้วยตนเองได้ที่กองสวัสดิการสังคม อบต.ชุมพล ๒. ติดต่อได้ที่กองสวัสดิการสังคม อบต.ชุมพล หมายเลขโทรศัพท์ : ๐๗๔ ๓๐๔๒๒๓ ต่อ ๖ หรือ ๐๖๑ ๑๗๔๔๗๘๖ ๓. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสงขลา ๐๗๔ ๓๑๑๑๘๘ |
|---|



แบบคำขอมิ้บัตรประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย
คนพิการ

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

- ขอมิ้บัตรครั้งแรก
- ขอมิ้บัตรเนื่องจาก บัตรเดิมหมดอายุ ชำรุด
- สูญหาย มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ
- อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

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

๑.๒ ชื่อ..... ชื่อกลาง..... นามสกุล.....
Name..... Middle name..... Surname.....

๑.๓ เกิดเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน = = = =

๑.๕ ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่น ๆ (ระบุ)

๑.๖ สถานภาพสมรส โสด สมรสอยู่ด้วยกัน หม้าย

๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....

๑.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....

๑.๙ การศึกษา

ไม่ได้เรียน

จบการศึกษาชั้นสูงสุด

ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย

ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

อนุปริญญา ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

ปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

อื่น ๆ (ระบุ)

๑.๑๐ อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....

ประกอบอาชีพ

เกษตรกรรม รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ลูกจ้างเอกชน

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

๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ.....บาท/เดือน

๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว).....บาท

๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี)คน

๑.๑๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- ทางการเห็น ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
 ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ทางสติปัญญา ทางการเรียนรู้ 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 สามเณรหรือภรรยา พี่น้อง
 ปู่ย่าตายาย ลูกป้า/น้า บุคคลอื่น (ระบุ).....

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

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

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....

(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล..... บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ยินยอม ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.....

(.....)

คนพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน

เลขประจำตัวประชาชน - - - -

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน เห็นควร ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร