

การยื่นคำขอให้รับรองว่าเป็นคนพิการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามข้อ ๑๑ วรรคสอง (๔) แห่งระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ การให้สัมปทาน จัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ หรือจ้างเหมาช่วยงาน หรือจ้างเหมาบริการด้วย วิธีกรณีพิเศษ ฝึกงาน หรือจัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก ล่ามภาษามือ หรือการให้ความช่วยเหลืออื่นใดแก่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๘

คนพิการที่ต้องได้รับการรับรอง

กรณีผู้ดูแลคนพิการจะยื่นคำขอรับสิทธิตามวรรคหนึ่ง คนพิการที่อยู่ในการอุปการะหรือดูแล ต้องไม่สามารถประกอบอาชีพได้โดยเหตุอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- (๑) เป็นผู้เยาว์ (ไม่ต้องออกหนังสือรับรอง)
- (๒) เป็นผู้สูงอายุตั้งแต่ ๗๐ ปี ขึ้นไป (ไม่ต้องออกหนังสือรับรอง)
- (๓) เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ (ไม่ต้องออกหนังสือรับรอง)

เตรียมเอกสารดังนี้

- |  |              |
|--|--------------|
| ๑. คำขอให้รับรองว่าเป็นคนพิการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ                              | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน                              | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. สำเนาทะเบียนบ้านคนพิการ                               | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๕. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน                              | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๖. สำเนาทะเบียนบ้านผู้ดูแล                               | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๗. ใบรับรองแพทย์   | จำนวน ๑ ฉบับ |

(ระบุว่าในใบรับรองแพทย์ว่า คนพิการไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้)

- |   |               |
|---|---------------|
| ๘. รูปถ่ายเต็มตัวคนพิการและผู้ดูแลคนพิการ         | อย่างละ ๑ รูป |
| ๙. หนังสือรับรองคนพิการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ | จำนวน ๑ ฉบับ  |

(รับรองโดยกำนันผู้ใหญ่บ้านในพื้นที่ของคนพิการ)

- |  |              |
|--|--------------|
| ๑๐. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการผู้รับรอง                  | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๑๑. สำเนาแบบขึ้นทะเบียนขอรับสิทธิตามมาตรา ๓๕ (กกจ.พ.ก.๑) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๑๒. สำเนาใบแสดงรายละเอียดลักษณะงานพร้อมสำเนาใบเสนอราคา   | จำนวน ๑ ฉบับ |

## คำขอให้รับรองว่าคนพิการไม่สามารถประกอบอาชีพได้

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดลำปาง

- สิ่งที่แนบมาด้วย ๑. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ  
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ  
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้ดูแลคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ  
๔. ใบรับรองแพทย์ (ระบุว่า คนพิการไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้) จำนวน ๑ ฉบับ  
๕. หนังสือรับรองคนพิการไม่สามารถประกอบอาชีพได้ จำนวน ๑ ฉบับ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....สกุล.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....ออกให้โดย.....

อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นผู้ดูแลคนพิการ ชื่อ นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....สกุล.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

- มีความพิการประเภท  พิกัดทางการเห็น  พิกัดทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  
 พิกัดทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย  พิกัดทางจิตใจหรือพฤติกรรม  
 พิกัดทางสติปัญญา  พิกัดทางการเรียนรู้  
 พิกัดออทิสติก

มีลักษณะความพิการ.....

มีความประสงค์ขอให้รับรองว่าคนพิการชื่อ.....สกุล.....

ว่าเป็นคนพิการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามข้อ ๑๑ วรรคสอง (๔ แห่งระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ การให้สัมปทาน จัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ หรือจ้างเหมาช่วยงาน หรือจ้างเหมาบริการด้วยวิธีกรณีพิเศษ ฝึกงาน หรือจัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกล่ามภาษามือ หรือการให้ความช่วยเหลืออื่นใดแก่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๘

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

...../...../.....

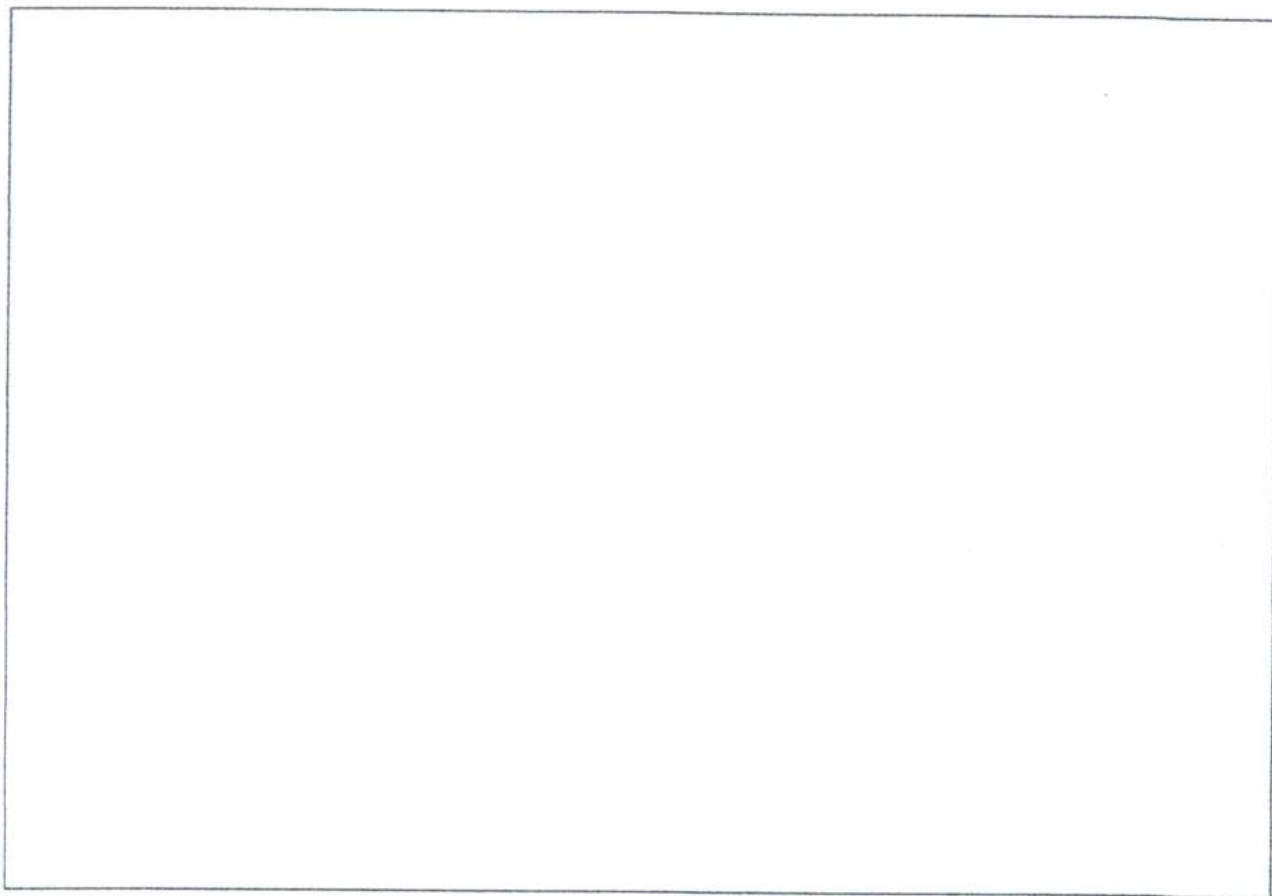
### ความเห็นของเจ้าหน้าที่

- ดำเนินการตามคำร้องขอ  
 ไม่ดำเนินการตามคำร้องขอ เนื่องจาก.....

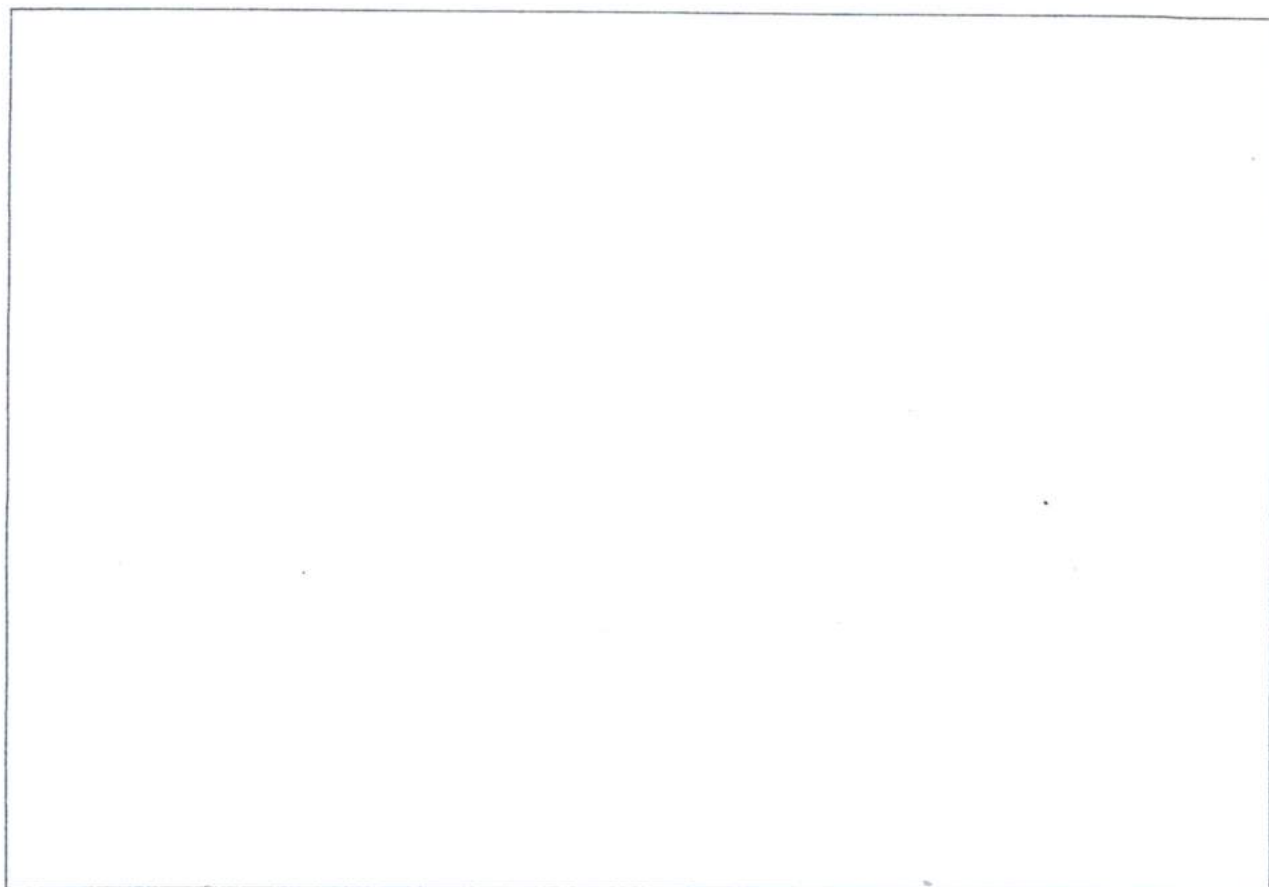
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

(.....)

ตำแหน่ง.....



รูปถ่ายคนพิการ



รูปถ่ายสิ่งแวดล้อมพิการ

## หนังสือรับรองคนพิการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ชื่อผู้รับรอง).....อายุ.....ปี  
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ เลขที่.....  
ออกให้โดย.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....  
ตำแหน่ง.....  
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
โทรศัพท์.....ซึ่งอาศัยหรือปฏิบัติหน้าที่ อยู่ในพื้นที่เดียวกันกับคนพิการพักอาศัยอยู่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า (ชื่อคนพิการ).....อายุ.....ปี  
มีความพิการประเภท.....ลักษณะความพิการ.....

ซึ่งเป็นคนพิการดังกล่าวไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ตามข้อ ๑๑ วรรคสอง (๔) แห่งระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ การให้สัมปทาน จัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ หรือจ้างเหมาช่วยงาน หรือจ้างเหมาบริการด้วยวิธีกรณีพิเศษ ฝึกงาน หรือจัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก ล่ามภาษามือ หรือการให้ความช่วยเหลืออื่นใดแก่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๘

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ

- กรุณาแนบสำเนาบัตรกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องมาด้วย
- การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา





แบบขึ้นทะเบียนขอใช้สิทธิตามมาตรา 35  
(คนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ)

ก.จ.พ.ก.1

รูปถ่าย 1 นิ้ว

คนพิการขอใช้สิทธิด้วยตนเอง

- เลขบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวคนพิการ
- ประเภทความพิการ  การเห็น  การได้ยิน  การเคลื่อนไหว  จิตใจ  สติปัญญา  การเรียนรู้  ออทิสติก
- ชื่อ-สกุล  1. ด.ช./ด.ญ.  2. นาย/นาง/นางสาว ชื่อ ..... นามสกุล .....
- ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ ชื่ออาคาร ..... ชั้นที่ ..... เลขที่ ..... หมู่ที่ .....  
ซอย ..... ถนน ..... แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ .....  
จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... โทรศัพท์มือถือ .....
- E-mail ..... สถานที่ใกล้เคียง .....
- วัน / เดือน / ปีเกิด ..... อายุ ..... ปี สัญชาติ ..... ศาสนา .....
- สถานภาพ  1. โสด  2. สมรส  3. อื่น ๆ (ระบุ) .....
- สำเร็จการศึกษา  ต่ำกว่าประถมศึกษา  ประถมศึกษา  มัธยมศึกษาตอนต้น  มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า  
 ปริญญาตรี  ปริญญาโทขึ้นไป  อื่น ๆ (ระบุ) .....

ผู้ดูแลคนพิการขอใช้สิทธิแทนคนพิการ

- เลขบัตรประจำตัวประชาชน
- ชื่อ-สกุล  1. นาย  2. นาง  3. นางสาว ชื่อ ..... นามสกุล .....
- ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ ชื่ออาคาร ..... ชั้นที่ ..... เลขที่ ..... หมู่ที่ .....  
ซอย ..... ถนน ..... แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด .....
- รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... E-mail ..... สถานที่ใกล้เคียง .....
- วัน / เดือน / ปีเกิด ..... อายุ ..... ปี สัญชาติ ..... ศาสนา .....
- สถานภาพ  1. โสด  2. สมรส  3. อื่น ๆ (ระบุ) .....
- สำเร็จการศึกษา  ต่ำกว่าประถมศึกษา  ประถมศึกษา  มัธยมศึกษาตอนต้น  มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า  
 ปริญญาตรี  ปริญญาโทขึ้นไป  อื่น ๆ (ระบุ) .....
- ใช้สิทธิแทนคนพิการ  1. ด.ช./ด.ญ.  2. นาย/นาง/นางสาว ชื่อ ..... นามสกุล .....
- เลขบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวคนพิการ
- เกี่ยวข้องกับคนพิการ .....

กรณีคนพิการยินยอมให้ผู้ดูแลคนพิการใช้สิทธิตามมาตรา 35 แทน

ข้าพเจ้า ..... ถือบัตรประจำตัวคนพิการเลขที่ .....  
ยินยอมให้ ..... ซึ่งเป็นผู้ดูแลข้าพเจ้าดำเนินการขึ้นทะเบียนขอใช้สิทธิตาม  
มาตรา 35 แทนข้าพเจ้า

ลงชื่อ ..... คนพิการ  
วันที่ .....

ประเภทการขอใช้สิทธิตามมาตรา 35

- สัมปทาน ระบุประเภทสัมปทาน .....
- สถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ ระบุขนาดพื้นที่ที่ต้องการใช้ประกอบกิจการ ..... ตารางเมตร  
ระบุประเภทกิจการ .....
- จ้างเหมาช่วงงาน หรือจ้างเหมาบริการโดยวิธีกรณีพิเศษ ระบุประเภทงาน .....
- ฝึกงาน ระบุหลักสูตรที่ต้องการฝึกงาน .....
- จัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก ระบุ .....
- ล่ามภาษามือ
- ให้ความช่วยเหลืออื่นใด (ระบุ) .....

ระยะเวลาการขอใช้สิทธิ ..... ปี/เดือน

- ยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลการขึ้นทะเบียนขอใช้สิทธิตามมาตรา 35 เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ..... ผู้ขึ้นทะเบียนขอใช้สิทธิ  
วันที่ .....