๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ.....บาท/เดือน

๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว).....บาท

๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี) .....คน

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ○ มี ○ ไม่มี

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(๑) คำนำหน้านาม ○ เด็กชาย ○ เด็กหญิง ○ นาย ○ นาง ○ นางสาว ○ อื่นๆ (ระบุ)

(๒) ชื่อ.....นามสกุล.....

(๓) เลขประจำตัวประชาชน □ □□□□ □□□□□ □□ □

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

(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
หมู่บ้าน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....โทรสาร.....
Email Address.....

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ○ ยินยอม ○ ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.....
(.....)
คนพิการ

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้รับมอบอำนาจ
เลขประจำตัวประชาชน □ □□□□ □□□□□ □□ □

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ
ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน และเห็นควรให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการได้

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

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

○ **อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ**

○ **ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์**

○ **ความเห็นอื่น ๆ** .....

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