

งานที่ให้บริการ	การอำนวยความสะดวกในการทำบัตรประจำตัวคนพิการ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลท่าไม้รวก
ขอบเขตการให้บริการ	
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลท่าไม้รวก โทร.032-473931 ต่อ 105	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08.30 น. - 12.00 น. และเวลา 13.00 น. - 16.30 น.
หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ	
<p>-การทำบัตรประจำตัวคนพิการเป็นอำนาจหน้าที่ของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบุรี ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 แก้ไขเพิ่มเติมถึงฉบับที่ 2 พ.ศ.2552 ตามมาตรา 18 และมาตรา 19 ที่กำหนดให้คนพิการอาจยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการต่อนายทะเบียนกลางหรือนายทะเบียนจังหวัด ณ สำนักงาน ทะเบียนกลางสำนักงานทะเบียนจังหวัด หรือสถานที่อื่นตามที่ระเบียบกำหนด การยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ การออกบัตร การกำหนดเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร ประจำตัวคนพิการ การกำหนดสิทธิหรือการเปลี่ยนแปลงสิทธิ การสละสิทธิของคนพิการและอายุ บัตรประจำตัวคนพิการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขตามระเบียบที่คณะกรรมการ กำหนด</p> <p>-กองสวัสดิการสังคม ได้อำนวยความสะดวกในการทำบัตรประจำตัวคนพิการ เนื่องจากต้องการให้ประชาชนและผู้รับบริการได้รับความ สะดวก สบาย ไม่ต้องเดินทางไปทำบัตรประจำตัวคนพิการด้วยตนเองที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบุรีแต่ถ้าคนพิการรายใดต้องการไปทำด้วยตนเองก็สามารถ ไปดำเนินการเองได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบุรี ในวันและเวลาราชการ</p>	
ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ	
ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
กรณี ทต.ท่าไม้รวก อำนวยความสะดวก 1.ประชาสัมพันธ์การอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนในการทำบัตรประจำตัวคนพิการภายในตำบลท่าไม้รวก	กองสวัสดิการสังคม
2.คนพิการหรือผู้แทนคนพิการกรอกคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการพร้อมแนบเอกสาร (ระยะเวลา 5 นาที)	กองสวัสดิการสังคม

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ (ต่อ)	
ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
3.เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร (ระยะเวลา 2 นาที)	กองสวัสดิการสังคม
4.เจ้าหน้าที่ทำหนังสือราชการเพื่อประสาน ไปยังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดเพชรบุรี (ระยะเวลา 2 วัน)	กองสวัสดิการสังคม
5.สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เพชรบุรี จัดทำบัตรประจำตัวคนพิการ (ระยะเวลา 1 วัน)	กองสวัสดิการสังคม
6.กองสวัสดิการสังคม นำบัตรประจำตัวคนพิการ ไปมอบให้กับผู้พิการ/ผู้ดูแลคนพิการ	กองสวัสดิการสังคม
-กรณีไปดำเนินการด้วยตนเอง 1.คนพิการหรือผู้แทนคนพิการกรอกคำขอ มีบัตรประจำตัวคนพิการพร้อมแนบเอกสาร	สำนักงานพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เพชรบุรี
2.เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร	สำนักงานพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เพชรบุรี
3.เจ้าหน้าที่จัดทำบัตรประจำตัวคนพิการ ให้แก่ผู้ยื่นคำขอ	สำนักงานพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เพชรบุรี
4.คนพิการหรือผู้แทนคนพิการรับบัตร ประจำตัวคนพิการ	สำนักงานพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เพชรบุรี

ระยะเวลา
<p>-กรณี ทต.ทำไม่รวม อำนวยความสะดวกแก่ผู้พิการ ใช้ระยะเวลา 3-5 วัน</p> <p>-กรณีไปดำเนินการด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลา 1 วัน (ต้องเดินทางไปยังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบุรี)</p>
รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้
1.แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน 1 ชุด
2.เอกสารหลักฐานแสดงตนของผู้ยื่นคำขอ ดังนี้
2.1 กรณี ทต.ทำไม่รวม อำนวยความสะดวกแก่ผู้พิการ
-บัตรประจำตัวประชาชน
-ทะเบียนบ้าน
-เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยผู้ประกอบวิชาชีพ เวชกรรของสถานพยาบาลของรัฐ
-รูปถ่ายคนพิการ ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป
-ทะเบียนบ้าน (ผู้ดูแล)
-บัตรประจำตัวประชาชน (ผู้ดูแล)
-หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ ฯ (กรณีผู้ดูแลอยู่คนละทะเบียนบ้าน)
2.2 กรณีไปดำเนินการด้วยตนเอง
-บัตรประจำตัวประชาชน
-ทะเบียนบ้าน
-เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยผู้ประกอบวิชาชีพ เวชกรรของสถานพยาบาลของรัฐ
-รูปถ่ายคนพิการ ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป
-ทะเบียนบ้าน (ผู้ดูแล)
-บัตรประจำตัวประชาชน (ผู้ดูแล)
-หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ ฯ (กรณีผู้ดูแลอยู่คนละทะเบียนบ้าน)



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 ทางอติสติก

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 บิดมารดา บุตร สามีหรือภรรยา พี่น้อง

ปู่ย่าตายาย ลุงป้า/น้าอา 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

หนังสือมอบอำนาจ
การขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า(คนพิการ).....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัว
ประชาชนเลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่
.....หมู่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....

ขอมอบอำนาจให้(ผู้ทำแทน).....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....มีความสัมพันธ์กับข้าพเจ้าใน
ฐานะเป็น.....เป็นผู้มีอำนาจในการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่า
ข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมืออันแท้จริงของผู้มอบอำนาจ และผู้มอบอำนาจ
ได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ : กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนชัดเจนและแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตร ประจำตัว
ข้าราชการที่รัฐออกให้ ของผู้รับมอบอำนาจพร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ (กรณีไม่ใช่ผู้ดูแล)