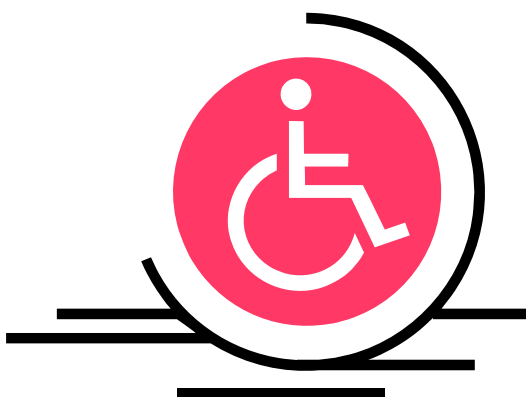


แบบจดทะเบียนคนพิการ
สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ



แบบจดทะเบียนคนพิการฉบับนี้ ใช้กรอกข้อมูลให้กับคนพิการที่มาจดทะเบียนเป็นครั้งแรกเท่านั้น ในกรณีคนพิการขอปรับเปลี่ยนข้อมูล เช่น ชื่อ / นามสกุล ที่อยู่ ฯลฯ หรือกรณีขอเปลี่ยนสมุดประจำตัวคนพิการใหม่ เนื่องจาก สมุดหาย / ขำรุด หรือสมุดฯ หมดอายุ คนพิการต้องกรอกแบบฟอร์มขอดำเนินการเรื่องทะเบียนคนพิการ และเจ้าหน้าที่จัดส่งแบบฟอร์มดังกล่าวมายังกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ เพื่อดำเนินการปรับเปลี่ยนข้อมูลในฐานข้อมูลต่อไป

สำนักงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการจังหวัด
ศาลากลางจังหวัดพะเยา ถนนพหลโยธิน 16000
โทร. 054-449546-7
โทรสาร. 056-411147

E-mail:m-society.go.th

<http://www.phayao.m-society.go.th>

☐ อยู่ด้วยกันโดยไม่สมรส ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

12. ภูมิลำเนา เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก / ซอย.....

ถนน.....หมู่บ้าน.....

ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

13. ที่อยู่ปัจจุบัน ชื่อสถานที่ (ถ้ามี).....

เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก / ซอย.....

ถนน.....หมู่บ้าน.....

ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

14. บุคคลที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน

ชื่อ.....นามสกุล.....

ความสัมพันธ์กับคนพิการ.....

ที่อยู่ ชื่อสถานที่ (ถ้ามี).....

เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก / ซอย.....

ถนน.....หมู่บ้าน.....

ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

15. ระดับการศึกษาชั้นสูงสุด

☐ ไม่ได้รับการศึกษา

☐ ประถมศึกษาตอนต้น

☐ มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ

☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพเทคนิค

☐ ประกาศนียบัตรวิชาการศึกษาชั้นสูง

☐ปริญญาตรี

☐ ไม่มีข้อมูล

☐ ต่ำกว่าประถมศึกษาตอนต้น

☐ ประถมศึกษาตอนปลาย

☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง

☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพการศึกษา

☐ อนุปริญญา

☐ สูงกว่าปริญญาตรี

☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

16. การประกอบอาชีพ

☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ

แต่ได้รับรายได้จาก.....

☐ เงินบำเหน็จบำนาญ

☐ บิดา มารดา บุตร หรือญาติส่งเสีย

☐ เงินฝากธนาคาร

☐ ผลประโยชน์จากทรัพย์สิน

☐ ดอกเบี้ยเงินกู้

☐ หุ้น

☐ เพื่อนบ้าน / คนรู้จัก

☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

17. กรณีประกอบอาชีพ

อาชีพหลัก

☐ รับราชการ

☐ รัฐวิสาหกิจ

☐ รับจ้าง

☐ กิจการส่วนตัว / อาชีพอิสระ

☐ กำลังศึกษา

☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

รายได้จากอาชีพหลักต่อเดือน

.....บาท

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

ชื่อสถานที่ (ถ้ามี).....

เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก / ซอย.....

ถนน..... หมู่บ้าน.....

ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

อาชีพรอง

☐ รับจ้าง

☐ กิจการส่วนตัว / อาชีพอิสระ

☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

รายได้จากอาชีพรองต่อเดือน

.....บาท

18. รายได้รวมของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

19. ลักษณะความพิการ

ประเภท ความ พิการ	ระดับ ความ ผิด ปกติ	มีความ พิการ ตั้งแต่ อายุ	สาเหตุ						
			ไม่ ทราบ สาเหตุ	อุบัติเหตุ			กรรม พันธุ์	โรค ติด เชื้อ	ภาวะเจ็บ ป่วย (ระบุ)
				การ ทำงาน	การ คมนาคม	อื่นๆ			
1.ทางการ มองเห็น									
2.ทางการ ได้ยิน/สื่อ ความหมาย									
3.ทางการ หรือการ เคลื่อนไหว									
4.ทางจิตใจ หรือพฤติกรรม									
5.ทางสติปัญญา หรือการเรียนรู้									

ระบุรายละเอียดความผิดปกติ.....

.....

.....

.....

ระดับความสามารถตามที่แพทย์ประเมิน.....

ออกเอกสารรับรองความพิการ โดยโรงพยาบาล / ศูนย์.....

.....

20. สภาพปัญหา (ตอบได้มากกว่า 1 รายการ)

- | | |
|--|---|
| ☐ ไม่มีข้อมูล | ☐ ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ |
| ☐ ไม่มีที่อยู่อาศัย | ☐ ไม่มีโอกาสเรียนหนังสือ |
| ☐ ไม่มีงานทำ | ☐ ไม่ได้รับการฝึกอาชีพ |
| ☐ ไม่มีรายได้ | ☐ ไม่มีเงินทุนประกอบอาชีพ |
| ☐ รู้สึกด้อยกว่าผู้อื่น | ☐ มีรายได้ไม่พอแก่การครองชีพ |
| ☐ ถูกรังเกียจเหยียดหยาม | ☐ ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู |
| ☐ ครอบครัวหรือผู้ประกอบการมีฐานะยากจน | |
| ☐ ไม่ได้รับการรักษายาบาล หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ | |
| ☐ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตน หรือการปรับตัวที่เหมาะสม | |
| ☐ มีความลำบากเมื่อออกนอกบ้าน เช่น การเดินทางบนท้องถนน
หรือไปติดต่อที่สถานที่ราชการ เช่น สถานีตำรวจ ศาลากลางจังหวัด | |
| ☐ ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน | |
| ☐ อื่น ๆ (ระบุ)..... | |

21. บริการที่มาขอรับในการจดทะเบียน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ ไม่มีข้อมูล | ☐ จิตวิทยาคลินิก | ☐ เงินทุนประกอบอาชีพ |
| ☐ กายภาพบำบัด | ☐ รักษายาบาล | ☐ ฝึกการได้ยิน / ฟัง |
| ☐ แก้ไขการพูด | ☐ ส่งเข้าทำงาน | ☐ กิจกรรมบำบัด |
| ☐ ฝึกอาชีพ | ☐ ล่ามภาษามือ | ☐ เครื่องช่วยความพิการ |
| ☐ จัดหาสถานศึกษา | ☐ เงินสงเคราะห์คนพิการในครอบครัว | |
| ☐ ค่าใช้จ่ายในการศึกษา | ☐ สื่ออุปกรณ์พิเศษทางการศึกษา | |
| ☐ เบี้ยยังชีพสำหรับคนพิการ | ☐ จัดหาผู้ดูแลคนพิการ | |
| ☐ ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ | | |
| ☐ คำปรึกษาแนะนำ (ระบุ)..... | | |
| ☐ อื่น ๆ (ระบุ)..... | | |

22. บัตรขอสิทธิประโยชน์อื่น ๆ

- | | |
|--|---|
| ☐ บัตรประกันสังคม | ☐ บัตรผู้มีรายได้น้อย |
| ☐ บัตรประจำตัวผู้สูงอายุ | ☐ บัตรสงเคราะห์ทหารผ่านศึก |
| ☐ บัตรสมาชิก / สมาคม / ชมรม | ☐ อื่น ๆ (ระบุ)..... |

23. ทราบเรื่องการจดทะเบียนจาก

- | | |
|--|---|
| ☐ หน่วยงานของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ | ☐ หน่วยงานราชการอื่น |
| ☐ ผู้ใหญ่บ้าน / กำนัน | ☐ หน่วยงานเอกชน |
| ☐ โรงเรียน | ☐ เพื่อน / ญาติ |
| ☐ วิทยุ / โทรทัศน์ / ใบปลิวประชาสัมพันธ์ / จุลสาร | ☐ บริษัทที่ทำงาน |
| ☐ อื่น ๆ (ระบุ)..... | |

24. ท่านยินดีให้ใช้ข้อมูลในแบบจดทะเบียนฉบับนี้ เพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัย หรือการกำหนดนโยบายและแผนซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคนพิการ หรือไม่

- ☐ ยินดี ☐ ไม่ยินดี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้ดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

25. ความคิดเห็นของนักสังคมสงเคราะห์

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

26. วันที่อนุมัติจดทะเบียน วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

27. วันหมดอายุของบัตรประจำตัวคนพิการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ผู้กรอกแบบจดทะเบียน

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้จดทะเบียนหรือผู้ให้ประวัติแทนให้กรอกข้อความต่อไปนี้เพิ่มเติม

1. คำนำหน้าชื่อ

☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

2. ชื่อ.....นามสกุล.....

3. เกิดวันที่...../...../.....

4. อาชีพ.....

5. ที่อยู่ปัจจุบัน ชื่อสถานที่ (ถ้ามี).....

เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....หมู่บ้าน.....

ตำบล.....กิ่งอำเภอ/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

6. สถานที่ทำงาน ชื่อสถานที่ (ถ้ามี).....

เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....หมู่บ้าน.....

ตำบล.....กิ่งอำเภอ/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

7. ชนิดของบุตรประจำตัวของผู้จดทะเบียนแทน

☐ บัตรประชาชน เลขที่.....

☐ บัตรประจำตัวคนต่างด้าว เลขที่.....

☐ บัตรข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ เลขที่.....

☐ อื่น ๆ (ระบุ)..... เลขที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....