

# หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ผู้รับรอง) .....

บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่เจ้าหน้าที่รัฐ / บัตรประจำตัวพนักงาน / บัตรประชาชน เลขที่.....

ตำแหน่ง..... ออกให้โดย.....

วันออกบัตร..... วันบัตรหมดอายุ..... มีสถานภาพเป็น

ข้าราชการ  ลูกจ้างประจำ  พนักงานราชการ  พนักงานรัฐวิสาหกิจ

สมาชิกสภาท้องถิ่น  กำนัน  ผู้ใหญ่บ้าน  ประธานชุมชน

อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

โทรศัพท์.....  ซึ่งอาศัยอยู่  ปฏิบัติหน้าที่ ในพื้นที่ที่คนพิการอาศัยอยู่ในปัจจุบัน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า (ชื่อผู้ดูแล)..... เลขประจำตัวประชาชน

..... เป็นผู้ดูแลคนพิการ (ชื่อคนพิการ).....

เลขประจำตัวประชาชน..... โดยมีความสัมพันธ์เป็น.....

ของคนพิการ และเป็นผู้ซึ่ง  อุปการะ  คนพิการอาศัยอยู่ด้วยตามความเป็นจริง โดยใช้หนังสือรับรองฉบับนี้

เป็นเอกสารหลักฐานประกอบการพิจารณา  ขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ  เปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับ

คนพิการ : ○ เพิ่มผู้ดูแลคนพิการ ○ เปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ)

หากปรากฏเป็นความเท็จ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)คนพิการ

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

หมายเหตุ :

- การรับรองจะครบถ้วนสมบูรณ์สามารถใช้เป็นเอกสารหลักฐานได้ เมื่อผู้รับรองและพยานลงลายมือชื่อครบถ้วน
- แนบสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น

## หนังสือมอบอำนาจ

เรื่อง.....การขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ.....

เขียนที่.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....๒๕.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า .....  
อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... ซอย.....  
หมู่..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....  
จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

ได้มอบอำนาจให้.....  
อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... ซอย.....  
หมู่..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....  
จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจดำเนินการขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ กรณีการต่ออายุบัตร กรณีบัตรสูญหาย กรณีบัตรชำรุด กรณีเปลี่ยนแปลงสาระสำคัญของบัตรประจำตัวคนพิการ หรือการอื่นใดแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ ๑. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน

๒. พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ อย่างละ ๑ ชุด

## การเปลี่ยนชื่อผู้ดูแลคนพิการหรือเพิ่มชื่อผู้ดูแลคนพิการ

เอกสารที่ใช้ในการเปลี่ยนชื่อผู้ดูแลคนพิการ (กรณีเปลี่ยนชื่อผู้ดูแลคนพิการหรือเพิ่มชื่อผู้ดูแลคนพิการ)

๑. บัตรประจำตัวคนพิการฉบับจริง
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
๔. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดูแลคนใหม่ จำนวน ๑ ฉบับ
๕. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนใหม่ จำนวน ๑ ฉบับ
๖. ใบมอบอำนาจจากคนพิการ (หากไม่ใช่ญาติสายตรงและคนละนามสกุล)
๗. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ (ผู้มีอำนาจรับรอง → กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน , ข้าราชการ , พนักงานรัฐวิสาหกิจ , สมาชิกสภาท้องถิ่น , ประธานชุมชน , พนักงานราชการ , ลูกจ้างประจำ (ของหน่วยงานราชการ , รัฐวิสาหกิจ ฉบับจริง พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการและรับรองสำเนาถูกต้องด้วย จำนวน ๑ ฉบับ ซึ่งผู้รับรองต้องอยู่ในห้องที่เดียวกับคนพิการ)
๘. รูปถ่ายภาพคนพิการ ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป (หากคนพิการไม่ได้มาทำบัตรด้วยตนเอง) หรือใช้รูปจากการดัดบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริง

(ปล. ผู้ดูแลคนพิการ ต้องเป็นผู้ซึ่งมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเดียวกันกับคนพิการหรือเป็นผู้ดูแลคนพิการ ซึ่งคนพิการอาศัยอยู่ด้วยตามความเป็นจริง)

เบอร์โทร. ๐๓๒-๔๒๖๐๙๑ ต่อ ๑๕

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดเพชรบุรี ศาลากลางจังหวัดเพชรบุรี ชั้น ๑

เอกสารรับรองความพิการ โดยพิจารณาจากความบกพร่องตามคู่มือวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ผู้ประเมินกรมการขอข้อมูลให้ครบถ้วน ชื่อสถานพยาบาล..... วัน..... เดือน..... ปี.....  
 ข้าพเจ้า นพ./พญ..... ได้ประเมิน ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/น.ส..... เลขประจำตัวประชาชน..... ในอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....  
 ปีประเมิน พ.ศ.....

ประเภทความบกพร่อง	หัวข้อพิจารณา	ผลการประเมิน		ระดับรายละเอียดลักษณะความบกพร่อง/พิการ	การตีความบกพร่อง/พิการ (ต้องมีการมาไม่น้อยกว่า 3-6 เดือน)	สาเหตุความบกพร่อง/พิการ
		ไม่บกพร่อง	บกพร่อง			
1. ทางกรเห็น (ประเมินจากข้างที่ต่ำกว่า) *ข้างเดียวไม่พิการ	- การเห็นของสายตา *น้อยกว่า 6/8 หรือ 20/70 ซม.ไป - ลานสายตา *แคบกว่า 30 องศา			( ) ตาบอด.....ข้าง <input type="checkbox"/> ซ้าย <input type="checkbox"/> ขวา ( ) ตาเลือนราง.....ข้าง <input type="checkbox"/> ซ้าย <input type="checkbox"/> ขวา	( ) ต้มแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
2. ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย (ประเมินจากข้างที่ต่ำกว่า) *ข้างเดียวไม่พิการ	- การได้ยินเสียง *พิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ - การเข้าใจภาษาพูด - การรู้สึกลำเสียงพูด			( ) หูหนวก <input type="checkbox"/> ซ้าย <input type="checkbox"/> ขวา ( ) หูตึง <input type="checkbox"/> ซ้าย.....dB <input type="checkbox"/> ขวา.....dB ( ) สื่อความหมาย	( ) ต้มแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
3. ทางการเคลื่อนไหว หรือทรงร่างกาย	- การเคลื่อนไหว มือ เข่า เขน ขา หรือเท้า *พิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ			( ) การเคลื่อนไหว ( ) ขาด ระบุ..... ( ) อ่อนแรง ระบุ..... ( ) อัมพาต ระบุ..... ( ) ร่างกาย ระบุ.....	( ) ต้มแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
4. ทางจิตใจหรือพฤติกรรม	- สภาวะทางจิต หรือพฤติกรรม หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ			ระบุ..... ( ) พัฒนาการ ( ) สติปัญญา.....	( ) ต้มแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
5. ทางสติปัญญา	- ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ			( ) พัฒนาการ ( ) สติปัญญา.....	( ) ต้มแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
6. ทางการเรียนรู้	- ทักษะการเรียนรู้แบบพร้อม หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ			ระบุ.....	( ) ต้มแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
7. ทางอหิวตัตถิก	- กลุ่มอหิวตัตถิก หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ			ระบุ.....	( ) ต้มแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ

\*ประเภทความพิการในเอกสารรับรองฉบับนี้ต้องเป็นไปตาม มาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 เท่านั้น นายทะเบียนจึงจะพิจารณาออกบัตรประจำตัวคนพิการ

สรุปผลการวินิจฉัย โดยพิจารณาจากความบกพร่องตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ปรากฏว่าผู้ได้รับการประเมิน

- ความเห็น  ไม่มีความพิการ / ไม่เข้าเกณฑ์ความพิการ
- ( ) ส่งต่อเจ้าหน้าที่ผู้ชำนาญการออกบัตรประจำตัวคนพิการพิจารณาตามกฎหมาย
- ( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ระบุ.....
- ( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ระบุ.....
- ( ) อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้วินิจฉัย และตรวจประเมินความพิการ  
 ระบุตำแหน่ง