

กรรณ/ ส.ค.

ความที่สุด
ที่ สฎ ๐๐๒๓.๓/ว ๖๖๘๗



องค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม
เลขที่รับ 2189
วันที่ 15.๓.๖8
เวลา 15.05 น.

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
จังหวัดสุราษฎร์ธานี
ศาลากลางจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ถนนดอนนก. อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี
สฎ ๘๔๐๐๐

๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์ให้คนพิการที่บัตรประจำตัวคนพิการหมดอายุ และไม่สมบูรณ์ ดำเนินการให้ครบถ้วน
เรียน ท้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ นายกเทศมนตรี และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ทุกแห่ง
สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี
ที่ มท ๐๐๐๕/๖๖๖๑ ลงวันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๖๘ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดสุราษฎร์ธานีได้รับแจ้งจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานีว่า กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการได้เข้าร่วมการประชุมหารือการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลคนพิการที่ได้รับเบี้ยยังชีพ เพื่อให้การใช้จ่ายเงินเบี้ยความพิการเป็นไปตามที่กำหนด จึงมีการหารือแนวทางการเชื่อมโยงข้อมูล เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนจ่าย รวมถึงแนวทางในการดำเนินการเพื่อมิให้กระทบต่อสิทธิของคนพิการ

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดสุราษฎร์ธานีพิจารณาแล้ว จึงขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประชาสัมพันธ์ให้คนพิการในพื้นที่ที่บัตรประจำตัวคนพิการหมดอายุและไม่สมบูรณ์ดำเนินการให้แล้วเสร็จ ภายในวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ หากมีข้อสงสัยประการใดสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๗๗๓๖ ๑๙๑๖ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายพนมเทียน เสง้วาน)
ท้องถิ่นจังหวัดสุราษฎร์ธานี

กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น
โทรศัพท์ ๐ ๗๗๒๗ ๒๒๑๘



สำนักงานส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ
จังหวัดสุราษฎร์ธานี
เลขที่ 3616
วันที่ ๙ ต.ค. ๒๕๖๘

ที่ สฎ ๐๐๐๕/๖๖๖๑

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคง
ของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๓๙/๗
หมู่ที่ ๙ ต.ขุนทะเล อ.เมืองฯ สฎ. ๘๕๑๐๐

๘ ตุลาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์ให้คนพิการที่บัตรประจำตัวคนพิการหมดอายุ และไม่สมบูรณ์
มาดำเนินการให้ครบถ้วน

เรียน ท้องถิ่นจังหวัดสุราษฎร์ธานี

อ้างถึง หนังสือกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ที่ พม. ๐๗๐๔/๙๐๙๗ ลงวันที่ ๓ กันยายน ๒๕๖๘

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ

จำนวน ๑ ชุด

ตามหนังสือที่อ้างถึงกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการได้เข้าร่วมการประชุมหารือ
การเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลคนพิการที่ได้รับเบี้ยความพิการ เพื่อให้การใช้จ่ายเงินเบี้ยความพิการเป็นไป
ตามที่กฎหมายกำหนด จึงมีการหารือแนวทางการเชื่อมโยงข้อมูล เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล
ก่อนจ่ายเงิน รวมถึงแนวทางในการดำเนินการเพื่อมิให้กระทบต่อสิทธิของคนพิการ นั้น

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยศูนย์บริการคนพิการ
จังหวัด จึงขอความร่วมมือจากท่านประชาสัมพันธ์ให้คนพิการที่บัตรประจำตัวคนพิการหมดอายุ
และไม่สมบูรณ์มาดำเนินการให้ครบถ้วน ภายในวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ หากมีข้อสงสัยประการใดสามารถ
โทรศัพท์สอบถามเพิ่มเติมได้ที่หมายเลข ๐ ๗๗๓๖ ๑๙๑๖ จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นางปุณณิกข์ ชื่นสุวรรณ)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี

โทร ๐ ๗๗๓๖ ๑๙๑๖ / โทรสาร ๐ ๗๗๓๕ ๕๐๘๐

ด่วนที่สุด

ที่ พม ๐๗๐๔/๕๐๕๗



สนง.พมจ.สุราษฎร์ธานี
เลขรับ..... ๖๓ ๖๓
วันที่..... ๕๑ กย ๒๕๖๘
เวลา..... ๑๔-๐๓

ถึง สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดทุกจังหวัด

ด้วยกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการได้เข้าร่วมการประชุมหารือการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการ เพื่อให้การจ่ายเงินเบี้ยความพิการเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด จึงมีการหารือแนวทางการเชื่อมโยงข้อมูล เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนจ่ายเงิน รวมถึงแนวทางในการดำเนินการเพื่อมิให้กระทบต่อสิทธิของคนพิการ

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) ขอความร่วมมือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดประสานศูนย์บริการคนพิการจังหวัดทุกจังหวัด ประชาสัมพันธ์ให้คนพิการที่บัตรประจำตัวคนพิการหมดอายุ และไม่สมบูรณ์มาดำเนินการให้ครบถ้วน ภายในวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ ทั้งนี้ พก. ได้มีหนังสือแจ้งไปยังกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา เพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง ด้วยแล้ว

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๘



กองส่งเสริมสิทธิและสวัสดิการคนพิการ
กลุ่มส่งเสริมศูนย์บริการคนพิการ
โทรศัพท์ ๐ ๒๓๕๔ ๓๓๘๘ ต่อ ๒๐๓.
โทรสาร ๐ ๒๓๕๔ ๕๐๒๓



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..... นามสกุล.....

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 ที่อยู่ปัจจุบัน 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 รายได้จากประกอบอาชีพของคนพิการ.....บาท/เดือน

๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว).....บาท

๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี)คน

๑.๑๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- ทางการเห็น ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
 ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ทางสติปัญญา ทางการเรียนรู้ ทางอหิสติก

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 บิดามารดา บุตร สามีหรือภรรยา พี่น้อง
 ปู่ย่าตายาย ลูกป้า/น้า 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

หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ชื่อผู้รับรอง).....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรประจำตัวพนักงาน เลขที่.....

ตำแหน่ง..... ออกให้โดย.....

วันหมดอายุ..... มีสถานภาพเป็น

กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น

ประธานชุมชน พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ (ของหน่วยงานราชการ,รัฐวิสาหกิจ)

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

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

โทรศัพท์..... ซึ่งอาศัย หรือปฏิบัติหน้าที่ อยู่ในพื้นที่เดียวกันกับคนพิการพักอาศัยอยู่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า (ชื่อผู้ดูแล).....

เป็นผู้ดูแลคนพิการชื่อ (ชื่อคนพิการ)..... เลขประจำตัวประชาชน

.....จริง โดยผู้ดูแลคนพิการ มีความเกี่ยวพันเป็น.....

กับคนพิการ และเป็นผู้ดูแลคนพิการ ซึ่งปัจจุบันพักอาศัยอยู่บ้านหลังเดียวกันจริง ทั้งนี้เพื่อให้ใช้หนังสือรับรองฉบับนี้ เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา

ออกบัตรประจำตัวคนพิการ เปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ เพิ่มชื่อผู้ดูแลคนพิการ

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ :

- บัตรประจำตัวกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น ประธานชุมชน พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พร้อมรับรองสำเนาบัตรประจำตัวมาด้วย

- การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา

หนังสือยินยอมให้เปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....

ออกให้โดย.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....

ในฐานะเป็น ผู้พิการ โดยมี นาย/นาง/นางสาว.....ผู้ดูแลพิการ มีชื่อที่ปรากฏใน
บัตรประจำตัวคนพิการ

ข้าพเจ้ายินยอมให้เปลี่ยนแปลงผู้ดูแลใหม่ จากเดิม นาย/นาง/นางสาว.....

เปลี่ยนเป็น นาย/นาง/นางสาว.....

บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....

โดยผู้ดูแลคนพิการคนใหม่มีความเกี่ยวพันเป็น.....กับผู้พิการ เพื่อให้ใช้หนังสือฉบับนี้เป็น

หลักฐานประกอบการขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม

(.....)

ผู้พิการ

ลงชื่อ.....ผู้ดูแลใหม่

(.....)

แนบสำเนาบัตรประชาชนพร้อมลงลายมือชื่อ

ลงชื่อ.....ผู้ดูแลเดิม

(.....)