

พช.



องค์การบริหารส่วนตำบลกลุ่มชุม
วันที่ ๓๓/๑
วันที่ ๒๓ ก.พ. ๒๕๖๑
เวลา ๑๑.๐๕ น.

ที่ กจ ๐๐๐๕/ว. ๗๙๘

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
จังหวัดกาญจนบุรี ต.ปากแพรก อ.เมือง กจ ๗๑๐๐๐

๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์โครงการออกหน่วยทำบัตรประจำตัวคนพิการเคลื่อนที่ ประจำปี ๒๕๖๑
เรียน **นายก อบจ.กาญจนบุรี**

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.เอกสารที่ต้องใช้ในการออกบัตรประจำตัวคนพิการ/ต่อบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
- ๒.หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกาญจนบุรี จัดโครงการออกหน่วยทำบัตรประจำตัวคนพิการเคลื่อนที่ ประจำปี ๒๕๖๑ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้บริการและอำนวยความสะดวกคนพิการที่อยู่พื้นที่ห่างไกลและมีความยากลำบากในการเดินทางมาจดทะเบียนคนพิการ/ต่อบัตรประจำตัวคนพิการให้สามารถเข้าถึงบริการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้อย่างทั่วถึงและเพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้คนพิการได้เข้าถึงสิทธิประโยชน์ของคนพิการ โดยสำนักงานฯ ได้กำหนดจัดโครงการออกหน่วยทำบัตรประจำตัวคนพิการเคลื่อนที่ ประจำปี ๒๕๖๑ ครั้งที่ ๕ - ๖ ดังนี้

๑.วันอังคารที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๑ ระหว่างเวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณี ตำบลไทรโยค อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี

๒.วันพุธที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๖๑ ระหว่างเวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ โรงพยาบาลไทรโยค ตำบลกลุ่มชุม อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี

ในการนี้ สำนักงานฯ จึงใคร่ขอความร่วมมือท่านประชาสัมพันธ์ให้คนพิการและผู้ดูแลคนพิการในพื้นที่ทราบถึงโครงการออกหน่วยทำบัตรประจำตัวคนพิการเคลื่อนที่เพื่อเข้าร่วมโครงการดังกล่าว ตามวัน เวลาและสถานที่ข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและขอขอบคุณในความร่วมมือนมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ณิศา อานา **กลุ่มชุมชุม**
- **เพื่อโปรดทราบ**
นางสาว ณิศา อานา **กลุ่มชุมชุม**
โครงการออกหน่วยทำบัตรประจำตัวคนพิการเคลื่อนที่ ปี ๒๕๖๑
- **เพื่อโปรดทราบ**
ณิศา อานา

(นายอุทิศ บุญช่วย)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกาญจนบุรี

ณิศา อานา
ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดกาญจนบุรี
กลุ่มการพัฒนาสังคมและสวัสดิการ
โทรศัพท์. (๐๓๔) ๕๑๑๗๗๕ ต่อ ๓
โทรสาร. (๐๓๔) ๕๑๑๗๗๕ ต่อ ๖
ผู้ประสานงาน : นางสาวปาริรัตน์ อ่องจ้อย ๐๘๙-๐๖๗๓๓๗๙

นายอุทิศ บุญช่วย
- เพื่อโปรดทราบ
- แจ้งข่าวแจ้งผู้พิการที่สมัครทุกกลุ่ม
ไปรษณีย์ โทร ๓๗๑ ๓๗๑
เวลา แสง สทท. สก. ก. ๑๗

๒๖-ก.พ.-๖๑

เอกสารที่ต้องใช้ในการจดทะเบียนคนพิการ

๑ : กรณีคนพิการกับผู้ดูแลอยู่ทะเบียนบ้านเดียวกัน (พ่อ, แม่ดูแลลูกที่พิการ) ต้องเตรียม เอกสาร ดังนี้ (ใช้ในกรณียื่นคำขอจดทะเบียนคนพิการใหม่และต่อบัตรประจำตัวคนพิการ)

| | | | |
|---|-------|---|------|
| ๑. ใบรับรองความพิการ (จากโรงพยาบาล) | | | |
| ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการหรือสำเนาสูติบัตร | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๓. สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๔. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดูแลคนพิการ (ดูแลอยู่จริง) | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๕. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๖. รูปคนพิการถ่ายขนาด ๑ นิ้ว (ไม่เกิน ๖ เดือน) | จำนวน | ๒ | รูป |

๒ : กรณีคนพิการกับผู้ดูแลอยู่ทะเบียนบ้านเดียวกัน (แต่ไม่ใช่ พ่อ,แม่) ต้องเตรียมเอกสาร ดังนี้ (ใช้ในกรณียื่นคำขอจดทะเบียนคนพิการใหม่และต่อบัตรประจำตัวคนพิการ)

| | | | |
|--|-------|---|------|
| ๑. ใบรับรองความพิการ (จากโรงพยาบาล) | | | |
| ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการหรือสำเนาสูติบัตร | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๓. สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๔. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดูแลคนพิการ (ดูแลอยู่จริง) | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๕. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๖. รูปคนพิการถ่ายขนาด ๑ นิ้ว (ไม่เกิน ๖ เดือน) | จำนวน | ๒ | รูป |
| ๗. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการพร้อมทั้ง สำเนาบัตรข้าราชการของผู้รับรอง | จำนวน | ๑ | ชุด |

๓ : กรณีคนพิการกับผู้ดูแลคนพิการอยู่คนละทะเบียนบ้าน หรือ คนพิการกับผู้ดูแลไม่ใช่สายเลือดเดียวกัน ต้องเตรียมเอกสารตามข้อ ๒ (ใช้ในกรณียื่นคำขอจดทะเบียนคนพิการใหม่และต่อบัตรประจำตัวคนพิการ)

หมายเหตุ : ผู้รับรองได้แก่

- ๑.กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน (ตามพื้นที่ ที่คนพิการอาศัยอยู่ในปัจจุบัน)
- ๒.ข้าราชการ (ที่รับรองได้ว่าบุคคลนั้นเป็นผู้ดูแลคนพิการจริง)
- ๓.พนักงานรัฐวิสาหกิจ (ที่รับรองได้ว่าบุคคลนั้นเป็นผู้ดูแลคนพิการจริง)
- ๔.สมาชิกสภาท้องถิ่น (ตามพื้นที่ ที่คนพิการอาศัยอยู่ในปัจจุบัน)
- ๕.ประธานชุมชน (ตามพื้นที่ ที่คนพิการอาศัยอยู่ในปัจจุบัน)
- ๖.พนักงานราชการ (ที่รับรองได้ว่าบุคคลนั้นเป็นผู้ดูแลคนพิการจริง)
- ๗.ลูกจ้างประจำ (ของหน่วยงานราชการ,รัฐวิสาหกิจ) (ที่รับรองได้ว่าบุคคลนั้นเป็นผู้ดูแลคนพิการจริง)

*กรณีสมุดคนพิการหมดอายุต้องพบแพทย์ใหม่เพื่อขอใบรับรองความพิการ

กรณีคนพิการไม่ได้มาด้วยตัวเองให้คนพิการเซ็นต์หนังสือมอบอำนาจแนบมาด้วย

*หากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถามได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

จังหวัดกาญจนบุรี โทร ๐๓๔-๕๑๑๗๗๕ ต่อ ๓*

หนังสือมอบอำนาจ
การขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....
อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่
บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....มีความสัมพันธ์กับข้าพเจ้า

ในฐานะ.....เป็นผู้มีอำนาจในการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ
ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือน
ว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมืออันแท้จริงของผู้มอบอำนาจ
และผู้รับมอบอำนาจได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ : แบบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นๆที่รัฐออกให้
ของผู้รับมอบอำนาจพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ

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 ทั้งนี้เพื่อให้หนังสือรับรองฉบับนี้
เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา

- ออกบัตรประจำตัวคนพิการ เปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ เพิ่มชื่อผู้ดูแลคนพิการ

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ :

- บัตรประจำตัวกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น ประธานชุมชน
พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พร้อมรับรองสำเนาบัตรประจำตัวมาด้วย
- การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา