

# แบบและรายละเอียดของสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์

- แบบรูปถ่ายเต็มตัวของคนพิการให้เห็นความพิการ

สถานที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....กรณียื่นที่ อปท. จนท.อปท.รับคำร้องลงชื่อ

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

ได้ประเมิน ค.ช./ค.ญ./นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน

พบว่า มีความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ดังนี้

## ๑. ประเภทความพิการทางการเห็น

- ไม่มีลูกตาทั้งสองข้าง
- ไม่มีลูกตาดำทั้งสองข้าง
- ลูกตาสีขาวขุ่นทั้งสองข้าง
- ลูกตาฝ่อทั้งสองข้าง

## ๒. ประเภทความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย

- หูหนวก เนื่องจากไม่มีหูทั้งสองข้าง

## ๓. ประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

- แขนขาดตั้งแต่ระดับข้อมือขึ้นไป อย่างน้อยหนึ่งข้าง ระบุ.....
- ขาขาดตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นไป อย่างน้อยหนึ่งข้าง ระบุ.....

## การเกิดความพิการ

- ตั้งแต่เกิด
- ภายหลัง ระบุระยะเวลาจำนวน.....ปี.....เดือน

## สาเหตุของความพิการ

- กรรมพันธุ์
- โรคติดเชื้อ
- อุบัติเหตุ สาเหตุ ระบุ.....
- โรคอื่น ๆ ระบุ.....
- ไม่ทราบสาเหตุ

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ อปท.ที่สอบข้อเท็จจริง

ลงชื่อ.....สำหรับ พมจ.

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

นายทะเบียนกลาง / นายทะเบียนจังหวัด.....

ตำแหน่ง.....