



แบบสำรวจการขอรับสิทธิตามมาตรา 35

แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550

และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556

(ประเภทกิจกรรม การจ้างเหมาช่วงงานหรือจ้างเหมาบริการ)

คนพิการขอรับสิทธิด้วยตนเอง

1. เลขบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวคนพิการ
2. ประเภทความพิการ  การเห็น  การได้ยิน  การเคลื่อนไหว  จิตใจ  สติปัญญา  การเรียนรู้  ออทิสติก
3. ชื่อ-สกุล  1. ด.ช./ด.ญ.  2. นาย/นาง/นางสาว ชื่อ..... นามสกุล .....
4. ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ ชื่ออาคาร / บ้าน ..... ชั้นที่ ..... เลขที่ ..... หมู่ที่ .....  
ซอย..... ถนน ..... แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด .....
- รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....E-mail ..... สถานที่ใกล้เคียง.....
5. วัน / เดือน / ปีเกิด ..... อายุ ..... ปี สัญชาติ ..... ศาสนา .....
6. สถานภาพ  1. โสด  2. สมรส  3. อื่น ๆ (ระบุ) .....
7. สำเร็จการศึกษา  ต่ำกว่าประถมศึกษา  ประถมศึกษา  มัธยมศึกษาตอนต้น  มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า  
 ปริญญาตรี  ปริญญาโทขึ้นไป  อื่น ๆ (ระบุ) .....

ผู้ดูแลคนพิการขอรับสิทธิแทนคนพิการ

1. เลขบัตรประจำตัวประชาชน
2. ชื่อ  1. นาย  2. นาง  3. นางสาว ..... นามสกุล .....
3. ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ ชื่ออาคาร / บ้าน ..... ชั้นที่ ..... เลขที่ ..... หมู่ที่ .....  
ซอย..... ถนน ..... แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด .....
- รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....E-mail ..... สถานที่ใกล้เคียง.....
4. วัน / เดือน / ปีเกิด ..... อายุ ..... ปี สัญชาติ ..... ศาสนา .....
5. สถานภาพ  1. โสด  2. สมรส  3. อื่น ๆ (ระบุ) .....
6. สำเร็จการศึกษา  ต่ำกว่าประถมศึกษา  ประถมศึกษา  มัธยมศึกษาตอนต้น  มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า  
 ปริญญาตรี  ปริญญาโทขึ้นไป  อื่น ๆ (ระบุ) .....
7. ใช้สิทธิแทนคนพิการชื่อ-สกุล  1. ด.ช./ด.ญ.  2. นาย/นาง/นางสาว ชื่อ .....นามสกุล .....
8. เลขบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวคนพิการ
9. เกี่ยวข้องกับคนพิการ .....

ยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ประสงค์ขอรับสิทธิ

วันที่.....

กรุณาอ่านคำชี้แจงด้านหลังค่ะ