

## ประกาศสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ

เรื่อง แบบและรายละเอียดของสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๖ (๔) และข้อ ๑๕ ของระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ และการออกบัตร การกำหนดสิทธิหรือการเปลี่ยนแปลงสิทธิ การขอสิทธิของคนพิการ และอายุบัตรประจำตัวคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๒ เลขที่การสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ โดยคำแนะนำของคณะกรรมการจัดทำคู่มือหลักเกณฑ์ความพิการตามมติในคราวการประชุม ครั้งที่ ๑/๒๕๕๒ เมื่อวันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๕๒ จึงกำหนดแบบและรายละเอียดของสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ ดังนี้

ข้อ ๑ ความพิการทางการเห็น ได้แก่ บุคคลที่ไม่มีลูกตาทั้งสองข้าง ลูกตาสีขาวขุ่น ไม่มีลูกตาดำ ลูกตาฝ่อ โดยต้องมีความผิดปกติดังกล่าวทั้งสองข้าง

ข้อ ๒ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ได้แก่ บุคคลที่ไม่มีหูทั้งสองข้าง

ข้อ ๓ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ได้แก่ บุคคลที่แขนขาตั้งแต่ระดับข้อมือขึ้นไป หรือขาขาตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นไปอย่างน้อยหนึ่งข้าง

ข้อ ๔ สภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ตามข้อ ๑ ข้อ ๒ และข้อ ๓ ให้เป็นไปตามแบบและรายละเอียดท้ายประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๒

กิ่งแก้ว อินทวง

เลขาธิการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ

# แบบและรายละเอียดของสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์

สถานที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

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

เลขประจำตัวประชาชน

พบว่า มีความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ดังนี้

## ๑. ประเภทความพิการทางการเห็น

- ไม่มีลูกตาสองข้าง
- ไม่มีลูกตาดำทั้งสองข้าง
- ลูกตาสีขาวขุ่นทั้งสองข้าง
- ลูกตาฝ่อทั้งสองข้าง

## ๒. ประเภทความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย

- หูหนวก เนื่องจากไม่มีหูทั้งสองข้าง

## ๓. ประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

- แขนขาดตั้งแต่ระดับข้อมือขึ้นไป อย่างน้อยหนึ่งข้าง
- ขาขาดตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นไป อย่างน้อยหนึ่งข้าง

## การเกิดความพิการ

- ตั้งแต่เกิด
- ภายหลัง ระยะเวลาจำนวน.....ปี.....เดือน

## สาเหตุของความพิการ

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

ลงชื่อ.....

(.....)

นายทะเบียนกลาง / นายทะเบียนจังหวัด.....