กกจ.พก.1

แบบขึ้นทะเบียนขอใช้สิทธิตามมาตรา 35
(คนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ)

รูปถ่าย 1 นิ้ว

○ คนพิการขอใช้สิทธิด้วยตนเอง

1. เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□
2. ประเภทความพิการ ○ การมองเห็น ○ การได้ยิน ○ การเคลื่อนไหว ○ จิตใจ ○ สติปัญญา ○ การเรียนรู้
3. ชื่อ ○ 1. นาย ○ 2. นาง ○ 3. นางสาว ..... นามสกุล.....
4. ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ ชื่ออาคาร / บ้าน.....ห้องเลขที่.....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.....

○ ผู้ดูแลคนพิการขอใช้สิทธิแทนคนพิการ

1. เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□
2. ชื่อ ○ 1. นาย ○ 2. นาง ○ 3. นางสาว ..... นามสกุล.....
3. ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ ชื่ออาคาร / บ้าน.....ห้องเลขที่.....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. ชื่อหน่วยงานของรัฐ/องค์กรด้านคนพิการ.....
8. ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ ชื่ออาคาร / บ้าน.....ห้องเลขที่.....ชั้นที่.....เลขที่.....หมู่ที่.....
   ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
   รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....E-mail..... สถานที่ใกล้เคียง.....
9. ใช้สิทธิแทนคนพิการชื่อ ○ 1. นาย ○ 2. นาง ○ 3. นางสาว ..... นามสกุล.....
10. เลขประจำตัวคนพิการ □-□□□□-□□□□□-□□-□
11. เกี่ยวข้องกับคนพิการ.....

ประเภทการขอใช้สิทธิตามมาตรา 35

○ สัมปทาน ระบุประเภทสัมปทาน.....

○ สถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ ระบุขนาดพื้นที่ที่ต้องการใช้ประกอบกิจการ.....ตารางเมตร

ระบุประเภทกิจการ.....

○ รับจ้างเหมาช่วงงาน ระบุประเภทงาน.....

○ ฝึกงาน ระบุหลักสูตรที่ต้องการฝึกงาน.....

○ ความช่วยเหลืออื่น ๆ ระบุ.....

ระยะเวลาการขอใช้สิทธิ.....ปี/เดือน

สาธารณูปโภคที่จำเป็นต้องใช้ ○ ไฟฟ้า ○ ประปา ○ โทรศัพท์ ○ Internet ○ อื่น ๆ (ระบุ).....

ประสบการณ์ในการประกอบอาชีพของผู้ขอใช้สิทธิฯ (ถ้ามี) โดยเริ่มด้วยอาชีพครั้งสุดท้าย

ประเภทอาชีพ	สถานที่	ระยะเวลา ปี/เดือน	สาเหตุที่เลิกการประกอบอาชีพ

○ ยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลการขึ้นทะเบียนขอใช้สิทธิตามมาตรา 35 เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขึ้นทะเบียนขอใช้สิทธิ

วันที่.....

กรณีคนพิการยินยอมให้ผู้ดูแลคนพิการใช้สิทธิตามมาตรา 35 แทน

ข้าพเจ้า.....ถือบัตรประจำตัวคนพิการเลขที่.....

ยินยอมให้.....ซึ่งเป็นผู้ดูแลข้าพเจ้าดำเนินการขึ้นทะเบียนขอใช้สิทธิตามมาตรา 35 แทนข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....คนพิการ

วันที่.....