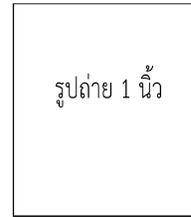




แบบขึ้นทะเบียนขอใช้สิทธิตามมาตรา 35  
(คนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ)



รูปถ่าย 1 นิ้ว

คนพิการขอใช้สิทธิด้วยตนเอง

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

ผู้ดูแลคนพิการขอใช้สิทธิแทนคนพิการ

- เลขบัตรประจำตัวประชาชน -
- ชื่อ-สกุล  1. นาย  2. นาง  3. นางสาว ชื่อ.....นามสกุล.....
- ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ ชื่ออาคาร.....ชั้นที่.....เลขที่.....หมู่ที่.....  
ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....  
E-mail :.....สถานที่ใกล้เคียง.....
- วัน / เดือน / ปีเกิด.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....ศาสนา.....
- สถานภาพ  1. โสด  2. สมรส  3. อื่นๆ (ระบุ).....
- สำเร็จการศึกษา  ต่ำกว่าประถมศึกษา  ประถมศึกษา  มัธยมศึกษาตอนต้น  มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า  
 ปริญญาตรี  ปริญญาโทขึ้นไป  อื่นๆ (ระบุ).....
- ใช้สิทธิแทนคนพิการ  ด.ช./ด.ญ.  นาย/นาง/นางสาว ชื่อ.....นามสกุล.....
- เลขบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวคนพิการ -
- ความเกี่ยวข้องกับคนพิการ.....

### กรณีคนพิการยินยอมให้ผู้ดูแลคนพิการใช้สิทธิตามมาตรา 35 แทน

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

ยินยอมให้.....ซึ่งเป็นผู้ดูแลข้าพเจ้าและมีชื่อในบัตรประจำตัวคนพิการ  
ดำเนินการขึ้นทะเบียนขอใช้สิทธิตามมาตรา 35 แทนข้าพเจ้า เนื่องจาก

- เป็นผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 20 ปีบริบูรณ์)     เป็นผู้สูงอายุ (อายุ 70 ปีขึ้นไป)
- เป็นคนไร้ความสามารถ/เสมือนไร้ความสามารถ (พิจารณาจากคำสั่งศาล)
- เป็นคนพิการซึ่งมีสภาพความพิการถึงขั้นที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ โดยมีหนังสือรับรองจากกรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หรือศูนย์บริการคนพิการระดับจังหวัด

ลงชื่อ.....คนพิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

### ประเภทการขอใช้สิทธิตามมาตรา 35

- สัมปทาน ระบุประเภทสัมปทาน.....
- สถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ ระบุขนาดพื้นที่ที่ต้องการใช้ประกอบกิจการ.....ตารางเมตร  
ระบุประเภทกิจการ.....
- จ้างเหมาช่วงงาน หรือจ้างเหมาบริการ ระบุประเภทงาน .....
- ฝึกงาน ระบุหลักสูตรที่ต้องฝึกงาน.....
- จัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก ระบุ.....
- ล่ามภาษามือ.....
- ให้ความช่วยเหลืออื่นใด ระบุ.....

ระยะเวลาการขอใช้สิทธิ.....ปี/เดือน (ตั้งแต่วันที่ .....) )

- ยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540
- ยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 (PDPA)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลการขึ้นทะเบียนขอใช้สิทธิตามมาตรา 35 เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขึ้นทะเบียนขอใช้สิทธิ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....