



แบบยื่นขอใช้สิทธิตามมาตรา 35 (คนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ)

รูปถ่าย 1 นิ้ว

ข้อมูลคนพิการ

1. เลขประจำตัวประชาชน
2. ประเภทความพิการ การมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว จิตใจ สติปัญญา พิการซ้ำซ้อน
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 ไม่มีการศึกษา ต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น
 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ปริญญาตรี ปริญญาโทขึ้นไป อื่น ๆ ระบุ.....

ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

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. ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับคนพิการ คือ.....
7. สำเร็จการศึกษา ไม่มีการศึกษา ต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น
 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ปริญญาตรี ปริญญาโทขึ้นไป อื่น ๆ ระบุ.....

ผู้ขอใช้สิทธิตามมาตรา 35 คนพิการขอใช้สิทธิด้วยตนเอง ผู้ดูแลคนพิการขอใช้สิทธิแทน

ประเภทการขอใช้สิทธิตามมาตรา 35

- สัมปทาน ระบุประเภทสัมปทาน.....
- สถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ ระบุขนาดพื้นที่ที่ต้องการใช้ประกอบกิจการ.....ตารางเมตร
ระบุประเภทกิจการ.....
- รับจ้างเหมาช่วงงาน ระบุประเภทงาน.....
- ฝึกงาน ระบุหลักสูตรที่ต้องการฝึกงาน.....
- ความช่วยเหลืออื่น ๆ ระบุ.....

ระยะเวลาการขอใช้สิทธิ ตั้งแต่.....จนถึง.....

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

ประสบการณ์ในการประกอบอาชีพของผู้ขอใช้สิทธิฯ (ถ้ามี) โดยเริ่มด้วยอาชีพครั้งสุดท้าย

ประเภทอาชีพ	สถานที่	ระยะเวลา ปี/เดือน	สาเหตุที่เลิกการ ประกอบอาชีพ

การเปิดเผยข้อมูลแก่สถานประกอบการ ยินยอม ไม่ยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลการขึ้นทะเบียนขอใช้สิทธิตามมาตรา 35 เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขึ้นทะเบียนขอใช้สิทธิ

วันที่.....

การแสดงความยินยอมให้ผู้ดูแลคนพิการใช้สิทธิตามมาตรา 35 แทนคนพิการ (กรณีให้ผู้ดูแลคนพิการขอใช้สิทธิแทน)

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

ยินยอมให้.....ซึ่งเป็นผู้ดูแลข้าพเจ้าดำเนินการขึ้นทะเบียนขอใช้สิทธิตามมาตรา 35 แทนข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....คนพิการ

วันที่.....