



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.....

