



แบบขึ้นทะเบียนขอใช้สิทธิตามมาตรา 35
(คนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ)

รูปถ่าย 1 นิ้ว

☐ คนพิการขอใช้สิทธิด้วยตนเอง

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

☐ ผู้ดูแลคนพิการขอใช้สิทธิแทนคนพิการ

1. เลขบัตรประจำตัวประชาชน -
2. ชื่อ-สกุล ☐ 1. นาย ☐ 2. นาง ☐ 3. นางสาว ชื่อ.....นามสกุล.....
3. ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ ชื่ออาคาร.....ชั้นที่.....เลขที่.....หมู่ที่.....
ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....
E-mail :.....สถานที่ใกล้เคียง.....
4. วัน / เดือน / ปีเกิด.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....ศาสนา.....
5. สถานภาพ ☐ 1. โสด ☐ 2. สมรส ☐ 3. อื่นๆ (ระบุ).....
6. สำเร็จการศึกษา ☐ ต่ำกว่าประถมศึกษา ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า
☐ ปริญญาตรี ☐ ปริญญาโทขึ้นไป ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
7. ใช้สิทธิแทนคนพิการ ☐ ด.ช./ด.ญ. ☐ นาย/นาง/นางสาว ชื่อ.....นามสกุล.....
8. เลขบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวคนพิการ -
9. 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.....