



แบบยื่นทะเบียนขอใช้สิทธิตามมาตรา 35 (คนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ)

รูปถ่าย 1 นิ้ว

○ คนพิการขอใช้สิทธิด้วยตัวเอง

1. เลขประจำตัวประชาชน -
2. ประเภทคนพิการ 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 / ตำบลเขต / อำเภอจังหวัด.....
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

○ ผู้ดูแลคนพิการขอใช้สิทธิแทนคนพิการ

1. เลขประจำตัวประชาชน -
2. ชื่อ 1. นาย 2. นาง 3. นางสาว นามสกุล
3. ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ ชื่ออาคาร / บ้าน ห้องเลขที่ ชั้นที่..... เลขที่ หมู่ที่
ซอย ถนน แขวง / ตำบลเขต / อำเภอจังหวัด.....
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 ไม่มีการศึกษา ต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น
 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ปริญญาตรี ปริญญาโทขึ้นไป อื่น ๆ ระบุ
7. ชื่อหน่วยงานของรัฐ/องค์กรด้านคนพิการ.....
8. ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ ชื่ออาคาร / บ้าน ห้องเลขที่ ชั้นที่..... เลขที่ หมู่ที่
ซอย ถนน แขวง / ตำบลเขต / อำเภอจังหวัด.....
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.....
- ผักงาน ระบุหลักสูตรที่ต้องการฝึกงาน.....
- ความช่วยเหลืออื่น ๆ ระบุ.....

***ระยะเวลาการขอใช้สิทธิ.....ปี/เดือน**

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

ประสบการณ์ในการประกอบอาชีพของผู้ใช้สิทธิฯ (ถ้ามี) โดยเริ่มต้นด้วยอาชีพครั้งสุดท้าย

ประเภทอาชีพ	สถานที่	ระยะเวลา ปี/เดือน	สาเหตุที่เลิกการ ประกอบอาชีพ

ยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลการขึ้นทะเบียนขอใช้สิทธิตามมาตรา 35 เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขึ้นทะเบียนขอใช้สิทธิ
วันที่.....

กรณีคนพิการยินยอมให้ผู้ดูแลคนพิการใช้สิทธิตามมาตรา 35 แทน

ข้าพเจ้า.....ถือบัตรประจำตัวคนพิการเลขที่.....
ยินยอมให้.....ซึ่งเป็นผู้ดูแลข้าพเจ้าดำเนินการขึ้นทะเบียนขอใช้สิทธิตาม
มาตรา 35 แทนข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....คนพิการ
วันที่.....