

แบบและรายละเอียดของสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์

สถานที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

ได้ประเมิน ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน ----

พบว่า มีความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ ตามประกาศสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ เรื่องแบบและรายละเอียดของสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ พร้อมทั้งได้แนบภาพถ่ายมาด้วย ดังนี้

๑. ประเภทความพิการทางการเห็น

- ไม่มีลูกตาสองข้าง
- ไม่มีลูกตาดำทั้งสองข้าง
- ลูกตาสีขาวขุ่นทั้งสองข้าง
- ลูกตาฝ่อทั้งสองข้าง

๒. ประเภทความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย

- หูหนวก เนื่องจากไม่มีรูหูทั้งสองข้าง

๓. ประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

- แขนขาตั้งแต่ระดับข้อมือขึ้นไป อย่างน้อยหนึ่งข้าง
- ขาขาตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นไป อย่างน้อยหนึ่งข้าง

การเกิดความพิการ

- ตั้งแต่เกิด
- ภายหลัง ระบุระยะเวลาจำนวน.....ปี.....เดือน

สาเหตุของความพิการ

- กรรมพันธุ์
- โรคติดเชื้อ
- อุบัติเหตุ
- โรคอื่นๆ ระบุ.....
- ไม่ทราบสาเหตุ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร