

๗๖๕
๗๖๐๒๒



ที่ รย ๐๐๐๕/ว ๖๓๗๔

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

จังหวัดระยอง ศาลากลางจังหวัดระยอง

ถนนสุขุมวิท รย ๒๑๑๕๐

๖ ตุลาคม ๒๕๖๙

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งควายกิน
เลขที่รับ.....๓๓๐๓
๗ ต.ค. ๒๕๖๙
วันที่.....
เวลา.....๐๘.๐๐ น.

กองสวัสดิการสังคม อบต.ทุ่งควายกิน
เลขที่รับ.....๐๐๐๓
วันที่ ๓๓.๑๐.๖๙.
เวลา ๑๓.๔๓

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การออกหน่วยจดทะเบียนคนพิการเคลื่อนที่ (Mobile Unit) ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๙

เรียน นายกเทศมนตรีนครระยอง นายกเทศมนตรีนครมาบตาพุด นายกเทศมนตรีเมืองทุกแห่ง
นายกเทศมนตรีตำบลทุกแห่ง นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง

- | | |
|--|-------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แผนการออกหน่วยจดทะเบียนคนพิการเคลื่อนที่ | จำนวน ๑ ชุด |
| ๒. รายชื่อคนพิการที่บัตรประจำตัวคนพิการหมดอายุ | จำนวน ๑ ชุด |
| ๓. รายละเอียดเอกสารหลักฐานที่ใช้ในการจดทะเบียน | จำนวน ๑ ชุด |
| ๔. ขั้นตอนการประเมินความพิการทางสังคมหรือพฤติกรรมแวดล้อม | จำนวน ๑ ชุด |

ด้วย สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดระยอง โดยศูนย์บริการคนพิการจังหวัดระยอง ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ให้บริการจดทะเบียนคนพิการ ได้จัดโครงการส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิประโยชน์และสวัสดิการคนพิการจังหวัดระยอง ประจำปี ๒๕๖๙ โดยจัดบริการให้คนพิการในรูปแบบการออกหน่วยบริการเคลื่อนที่ (Mobile Unit) ในพื้นที่จังหวัดระยอง แบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว เพื่อให้คนพิการเข้าถึงสิทธิและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ ตามมาตรา ๒๐ แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดระยอง จึงขอความร่วมมือท่านประชาสัมพันธ์และมอบหมายเจ้าหน้าที่ติดตามคนพิการในพื้นที่ของท่านที่บัตรประจำตัวคนพิการหมดอายุหรือมีความพิการแต่ยังไม่ได้จดทะเบียนขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ เข้ารับบริการจดทะเบียนคนพิการ ตามกำหนดการออกหน่วยจดทะเบียนคนพิการเคลื่อนที่ (Mobile Unit) ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๙ ตั้งแต่เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๕.๐๐ น. ตามรายละเอียดที่ส่งมาด้วย ทั้งนี้หากมีคนพิการหรือมีความพิการแต่ยังไม่ได้จดทะเบียนขอมิบัตรประจำตัวคนพิการตามหลักเกณฑ์ประเมินความพิการจากปัจจัยทางสังคมหรือพฤติกรรมแวดล้อม เฉพาะบุคคลที่มีความบกพร่องของการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ได้แก่ ตา ใบหู ใบหน้า ศรีษะ นิ้วมือ แขน ขา และลำตัว ที่เจ้าหน้าที่รับคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ มองเห็นได้อย่างชัดเจน ขอให้แจ้งสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดระยอง ก่อนถึงวันที่กำหนดออกหน่วยจดทะเบียนคนพิการเคลื่อนที่ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(นางสาวพนา เจริญธรรม)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดระยอง

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดระยอง

โทร. ๐ ๓๘๖๙ ๔๐๗๓ ต่อ ๓

e-mail : dscofrayong@gmail.com

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดระยอง โดยศูนย์บริการคนพิการจังหวัดระยอง

กำหนดการจัดบริการคนพิการในรูปแบบการออกหน่วยบริการเคลื่อนที่ (Mobile Unit) ในพื้นที่จังหวัดระยอง
ระหว่างวันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ จำนวน ๘ อำเภอ รวม ๙ วัน ดังนี้

ที่	วัน/เดือน/ปี	เวลา	สถานที่
๑	๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๔	๐๙.๐๐ - ๑๕.๐๐ น.	อาคารโรงอาหาร โรงพยาบาลวังจันทร์
๒	๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๔	๐๙.๐๐ - ๑๕.๐๐ น.	อาคารภูมิพัฒน์ โรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา
๓	๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๔	๐๙.๐๐ - ๑๕.๐๐ น.	สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลหนองละลอก
๔	๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๔	๐๙.๐๐ - ๑๕.๐๐ น.	อาคารอเนกประสงค์ เทศบาลตำบลแก่งกะเจ็ด
๕	๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๔	๐๙.๐๐ - ๑๕.๐๐ น.	สำนักงานเทศบาลตำบลปลวกแดง
๖	๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๔	๐๙.๐๐ - ๑๕.๐๐ น.	สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลนิคมพัฒนา
๗	๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔	๐๙.๐๐ - ๑๕.๐๐ น.	ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเทศบาลเมืองบ้านฉาง เทศบาลเมืองบ้านฉาง
๘	๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๔	๐๙.๐๐ - ๑๕.๐๐ น.	หอประวัติน เทศบาลตำบลเมืองแกลง
๙	๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๔	๐๙.๐๐ - ๑๕.๐๐ น.	อาคารศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลปากน้ำประแสร์

จดทะเบียนออกบัตรประจำตัวคนพิการ
ศูนย์บริการคนพิการ/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เอกสารคนพิการ

- แบบคำขอมิบัตรคนพิการ (กรณีไม่สามารถลงลายมือชื่อและใช้ลายนิ้วมือแทน ต้องมีพยานรับรองจำนวน ๒ คน)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องและลงลายมือชื่อ กรณีใช้ลายนิ้วมือแทนลายมือชื่อ ต้องมีพยานรับรองจำนวน ๒ คน)
- สำเนาทะเบียนบ้าน (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องและลงลายมือชื่อ กรณีใช้ลายนิ้วมือแทนลายมือชื่อ ต้องมีพยานรับรองจำนวน ๒ คน)
- เอกสารรับรองความพิการ ฉบับจริง
- รูปถ่ายหน้าตรงปัจจุบัน อายุไม่เกิน ๖ เดือน (ส่งผ่านอีเมล service@nccp.go.th)
- บันทึกถ้อยคำคนพิการเพื่อให้ระบุชื่อผู้ดูแลคนพิการ
- บัตรคนพิการใบเดิม (กรณีขอต่ออายุ/เปลี่ยนแปลงข้อมูล/ชำรุด)

เอกสารผู้ดูแลคนพิการ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องและลงลายมือชื่อ กรณีใช้ลายนิ้วมือแทนลายมือชื่อ ต้องมีพยานรับรองจำนวน ๒ คน)
- สำเนาทะเบียนบ้าน (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องและลงลายมือชื่อ กรณีใช้ลายนิ้วมือแทนลายมือชื่อ ต้องมีพยานรับรองจำนวน ๒ คน)
- บันทึกถ้อยคำผู้ยื่นความประสงค์ เพื่อให้การรับรองว่าตนเองเป็นผู้ดูแลคนพิการ

หมายเหตุ : ๑. กรณีคนพิการไม่อยู่ในสภาพที่จะระบุชื่อผู้ดูแลได้ หรือเป็นผู้เยาว์ให้บันทึกถ้อยคำข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือ ประธานชุมชน ในถิ่นที่อยู่ของคนพิการแห่งนั้น เพื่อให้การรับรองบุคคลที่ระบุชื่อ เป็นผู้ดูแลคนพิการ รับดูแลหรืออุปการะคนพิการตามความเป็นจริง

๒. กรณีคนพิการไม่อยู่ในสภาพที่จะระบุชื่อผู้ดูแลคนพิการได้ หากมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเดียวกันกับคนพิการ หรือเป็นผู้ใช้อำนาจปกครองผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล ของคนพิการตามกฎหมาย ไม่ต้องมีบันทึกถ้อยคำ

๓.กรณียกเลิกผู้ดูแลคนพิการ ใช้เอกสารบันทึกถ้อยคำ ปค.๑๔

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดระยอง

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดระยอง

โทรศัพท์ ๐๓๘-๖๙๔๐๗๓ ต่อ ๒



แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย
คนพิการ

หน่วยงานรับคำขอ.....
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

- ☐ ขอมีบัตรครั้งแรก
☐ ขอมีบัตรเนื่องจาก ☐ บัตรเดิมหมดอายุ ☐ ขำรด
☐ สูญหาย ☐ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ
☐ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

- ๑.๑ คำนำหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่น ๆ (ระบุ)
- ๑.๒ ชื่อ..... ชื่อกลาง..... นามสกุล.....
Name..... Middle name..... Surname.....
- ๑.๓ เกิดเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.
- ๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน
- ๑.๕ ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่น ๆ (ระบุ)
- ๑.๖ สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ หม้าย
- ๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....
- ๑.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....
- ๑.๙ การศึกษา
☐ ไม่ได้เรียน
จบการศึกษาชั้นสูงสุด
☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย
☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)
☐ อนุปริญญา ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
☐ ปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
☐ สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
☐ อื่น ๆ (ระบุ)
- ๑.๑๐ อาชีพ
☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....
ประกอบอาชีพ
☐ เกษตรกรรม ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ ลูกจ้างเอกชน
☐ รับจ้างทั่วไป ☐ ธุรกิจส่วนตัว ☐ อาชีพอื่น ๆ (ระบุ).....
- ๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ..... บาท/เดือน
- ๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว)..... บาท
- ๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี) คน



แบบบันทึกถ้อยคำ
เกี่ยวกับการระบุชื่อผู้ดูแลคนพิการในบัตรประจำตัวคนพิการ

เขียนที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว อายุ ปี
เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สถานภาพ
เลขประจำตัวประชาชน โทรศัพท์
อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน
ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ ประกอบอาชีพ
สถานที่ทำงาน

ข้าพเจ้าขอให้ถ้อยคำในฐานะเป็น

- ☐ คนพิการที่ประสงค์ขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ
☐ บุคคลที่ประสงค์จะระบุชื่อผู้ดูแลคนพิการในบัตรประจำตัวคนพิการ
☐ ผู้รับรองบุคคลที่จะระบุชื่อเป็นผู้ดูแลคนพิการ ตามข้อ 11/1 (3) ตำแหน่ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว
ประสงค์จะระบุชื่อผู้ดูแลคนพิการในบัตรประจำตัวคนพิการ ของ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว
..... เนื่องจากเป็นผู้ดูแลคนพิการที่รับผิดชอบหรืออุปการะคนพิการ
ตามความเป็นจริงในด้านปัจจัยพื้นฐานหรือปัจจัยสี่ในการดำรงชีวิตของคนพิการเป็นหลัก หรือให้คนพิการ
อยู่อาศัยในครอบครัวของผู้ดูแลคนพิการด้วย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เจ้าหน้าที่มิได้ทำหรือจัดให้ทำการใดๆ ซึ่งเป็นการล่อลวงขู่เชิญหรือให้สัญญา
เพื่อจูงใจให้ข้าพเจ้าให้ถ้อยคำแต่อย่างใดและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลดังกล่าว เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริม
และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการได้ จึงลงลายมือชื่อต่อหน้าเจ้าหน้าที่ไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ ผู้ให้ถ้อยคำ ลงชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้บันทึกถ้อยคำ
(.....) (.....)

ลงชื่อ พยาน ลงชื่อ พยาน
(.....) (.....)

*** การบันทึกถ้อยคำให้ใช้แบบฟอร์มเดียวกับบันทึกถ้อยคำ

*** ผู้ให้ถ้อยคำ คือ คนพิการ บุคคลที่ประสงค์จะระบุชื่อผู้ดูแล หรือผู้รับรองที่จะระบุชื่อผู้ดูแล

*** เจ้าหน้าที่ผู้บันทึกถ้อยคำ คือ ข้าราชการหรือเจ้าหน้าที่ในสังกัดกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ สำนักงานพัฒนาสังคม
และความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ศูนย์บริการคนพิการระดับจังหวัด ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป โรงพยาบาล ราชการส่วนท้องถิ่น
หรือเจ้าหน้าที่สำนักงานของรัฐหรือองค์กรเอกชน ซึ่งได้รับแต่งตั้งจากอธิบดีหรือผู้ว่าราชการจังหวัด



บันทึก

(ป.ศ. ๑๔)

เขียนที่.....

เรื่อง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน.....ออกให้โดย.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....บัตรหมดอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เกิดที่จังหวัด.....ประเทศ.....สัญชาติ.....

บิดาชื่อ.....มารดาชื่อ.....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....อาชีพ.....

ขอให้ถ้อยคำต่อ.....ตำแหน่ง.....

ด้วยความสมัครใจและสัตย์จริงดังนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และข้าพเจ้าได้อ่านบันทึกถ้อยคำฉบับนี้โดยตลอดแล้ว
ขอรับรองว่าถูกต้องตรงตามที่ให้ถ้อยคำไว้ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้สอบปากคำ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

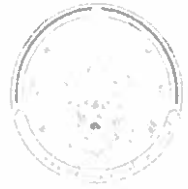
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

4 ขั้นตอน

การประเมินความพิการทางสังคมหรือพฤติกรรมแวดล้อม



ขั้นตอนที่ 1

ผู้เข้ารับการประเมิน ประเมินตนเอง (ปก.1)
(ประเมินต่อหน้าเจ้าหน้าที่)



ขั้นตอนที่ 2

ผู้รู้เห็นปัจจัยจำกัดฯ 2 คน
ประเมิน (ปก.2) (ประเมินต่อหน้าเจ้าหน้าที่)



ขั้นตอนที่ 3

เจ้าหน้าที่ประเมินผู้เข้ารับการประเมิน
จะต้องเข้ารับการสัมภาษณ์โดยเจ้าหน้าที่ (ปก.3)



ขั้นตอนที่ 4

เจ้าหน้าที่สรุปผลคะแนน (ปก.4)
และเมื่อผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว
เจ้าหน้าที่จะออกบัตรประจำตัวคนพิการ



สถานที่ยื่นคำขอและประเมินความพิการฯ : สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด
หรือ ศูนย์บริการคนพิการใกล้บ้าน ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ : 02 354 3388

การประเมินความพิการ จากปัจจัยทางสังคมหรือพฤติกรรมแวดล้อม



ใครคือผู้รู้เห็นปัจจัยจำกัด

ในการประเมินความพิการจากปัจจัยทางสังคมฯ ตามแบบ ปก.2

การมีผู้รู้เห็นปัจจัยจำกัดในการประเมิน



ให้ผู้รู้เห็นปัจจัยจำกัดเข้าร่วมให้ข้อมูล
อย่างน้อย 2 คน เพื่อทำแบบประเมิน ปก.2
ซึ่งจะทำให้การประเมินมีความครบถ้วน รอบด้าน
และสามารถสะท้อนสภาพข้อเท็จจริงของผู้รับการประเมิน
ได้อย่างเหมาะสม

หน่วยบริการควรประชาสัมพันธ์และชี้แจง
ให้ผู้รับการประเมินทราบล่วงหน้าเกี่ยวกับความจำเป็น
ในการนำผู้รู้เห็นปัจจัยจำกัดเข้าร่วมในวันประเมิน
เพื่อป้องกันปัญหาความล่าช้าและการนัดหมายเพิ่มเติม

ต้องไม่ใช่บุคคลในครอบครัว

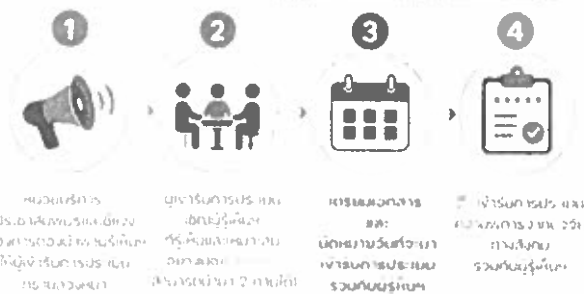
บุคคลในครอบครัว หมายความว่า ผู้บุพการี ผู้สืบสันดาน คู่สมรส คู่สมรสเดิม ผู้同居กัน
หรือเคยอยู่กันฉันสามีภริยาโดยมิได้จดทะเบียนสมรส บุตรบุญธรรม รวมทั้งบุคคลใด ๆ ที่ต้องพึ่งพา
อาศัยและอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน | อ้างอิง พระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาและคุ้มครองสถาบันครอบครัว พ.ศ. 2562

ประโยชน์ของการมีผู้รู้เห็นปัจจัยจำกัด

- ✓ ช่วยให้ได้ข้อมูลครบถ้วน รอบด้าน
และครอบคลุมมิติทางสังคมของการใช้ชีวิต
- ✓ สะท้อนสภาพความเป็นจริง
ของผู้รับการประเมินได้ชัดเจน
- ✓ ลดความคลาดเคลื่อนในการประเมิน
- ✓ นำไปสู่การวางแผนและช่วยเหลือ
ที่เหมาะสมกับผู้รับการประเมิน



ขั้นตอนการเตรียมผู้รู้เห็นปัจจัยจำกัด



การประเมินความพิการ จากปัจจัยทางสังคมหรือพฤติกรรมแวดล้อม



ลักษณะอวัยวะแบบใดบ้าง?

ที่สามารถเข้ารับการประเมินความพิการจากปัจจัยทางสังคมฯ



ตา (Eyes)

ความผิดปกติ ความบกพร่อง หรือการสูญเสียบางส่วน
ของอวัยวะตา ที่สามารถสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจนจากภายนอก
เช่น การสูญเสียดวงตา การสูญเสียจอประสาทตา หรือการสูญเสียการมองเห็นบางส่วน
ภาวะการติดเชื้อของลูกตานิ่ว ต้อกระจก ต้อหิน ต้อลม ต้อเนื้อ ต้อเยื่อตา ต้อกระจก ต้อหิน ต้อลม ต้อเนื้อ ต้อกระจก ต้อหิน ต้อลม ต้อเนื้อ



นิ้วมือ (Fingers)

การขาดและการผิดปกติ หรือการหดเกร็งตัวของ
นิ้วมือที่สามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจนจากภายนอก
เช่น การขาดนิ้วตั้งแต่หนึ่งนิ้วขึ้นไป นิ้วติดกัน
หรือมีลักษณะผิดปกติอย่างเด่นชัด หรือนิ้วหัวแม่มือ



ใบหู (Ears)

การขาดหายใบหู ผิดรูป หรือมีลักษณะเป็นแบบอย่างชัดเจน
ของใบหูหรือโครงสร้างของหูชั้นนอก เช่น ใบหูขาดทั้งหมัด
หรือหนึ่งข้าง และหูหนึ่งข้างปิด ใบหูผิดปกติแต่กำเนิด
หรือเกิดความผิดปกติจากอุบัติเหตุหรือการผ่าตัด



แขน (Arms)

การขาดบางส่วนหรือทั้งหมดของแขน
หรือความผิดปกติ ที่เห็นได้อย่างชัดเจน
เช่น แขนสั้นเล็ก แขนผิดปกติ
มีความผิดปกติของโครงสร้างอย่างถาวร



ใบหน้า (Face)

ความผิดปกติของโครงสร้างใบหน้าที่เห็นได้อย่างชัดเจน
และแตกต่างจากคนทั่วไป เช่น โครงสร้างจมูก ปาก
หรือแนวกระดูกใบหน้าที่ผิดปกติ ภาวะใบหน้าที่เบี้ยวถาวร
หรือแผลเป็นขนาดใหญ่ที่ปรากฏชัดเจนบนใบหน้า



ขา (Legs)

การขาดบางส่วนหรือทั้งหมดของขา
หรือมีลักษณะผิดปกติอย่างชัดเจน
เช่น ขาสั้นจนมีผลกับการใช้ชีวิต การเคลื่อนไหว
หรือขาผิดปกติถาวร หรือความแตกต่างของความยาวขา



ศีรษะ (Head)

ความผิดปกติของรูปร่างกะโหลกศีรษะหรือหนังศีรษะ
ที่สามารถเห็นได้อย่างชัดเจน
เช่น การสูญเสียบางส่วนของกระดูกศีรษะ กะโหลกศีรษะผิดปกติ
หรือมีร่องรอยแผลเป็นขนาดใหญ่บริเวณศีรษะ



ลำตัว (Trunk)

ความผิดปกติของโครงสร้างลำตัวที่สามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน
เช่น หลังค่อมอย่างรุนแรง โครงสร้างกระดูกคอกหรือช่องท้องผิดปกติ
หรือมีแผลเป็นขนาดใหญ่ที่ปรากฏชัดเจนแก่ร่างกายตามปกติ
ซึ่งส่งผลต่อภาพลักษณ์ภายนอกของบุคคล และการเคลื่อนไหว

ต้องเป็นภาวะที่มีลักษณะถาวรหรือมีแนวโน้มถาวร

☒ มองเห็นได้อย่างชัดเจน | ☒ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาพลักษณ์ ความมั่นใจ การเข้าสังคม
หรือการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของบุคคลอย่างมีนัยสำคัญ
จนถือว่าเป็นปัจจัยจำกัดในการดำรงชีวิตในสังคม

อ้างอิง: คู่มือการประเมินความพิการ ฉบับที่ ๑๐ (ฉบับปรับปรุง) พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.)

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.)

การประเมินความพิการ

จากปัจจัยทางสังคมหรือพฤติกรรมแวดล้อม



คนพิการคือ

บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการ
ปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน
หรือ
เข้ามามีส่วนร่วมทางสังคม

พ.ร.บ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 มาตรา 4

เอกสารที่ต้องใช้

ผู้เข้ารับการประเมิน

- รูปถ่ายตนเอง (1.5 นิ้ว)
- รูปถ่ายหลักฐาน 3 รูป
- สำเนาเอกสาร (อย่างใดอย่างหนึ่ง)
บัตรประจำตัวประชาชน
บัตรประจำตัวข้าราชการ
สูติบัตร (สำหรับคนอายุต่ำกว่า 7 ปี)
- สำเนาทะเบียนบ้าน

ผู้รู้เห็นปัจจัยจำกัดฯ

- รูปถ่ายตนเอง (1.5 นิ้ว)
- สำเนาเอกสาร (อย่างใดอย่างหนึ่ง)
บัตรประจำตัวประชาชน
บัตรประจำตัวข้าราชการ

ที่มาและแนวคิด

เดิมการประเมินความพิการในประเทศไทย อิงการประเมินจาก
ทางการแพทย์เป็นหลัก ซึ่งทำให้ยังมีคนตกหล่นจากการได้รับสิทธิ
กรมพวก. พัฒนาแบบประเมินใหม่เพื่อประเมินความพิการ เพื่อให้คนที่ตกหล่น เข้าถึงสิทธิได้มากขึ้น

แบบเดิมเน้น Medical Model

- เน้นแนวความบกพร่องของร่างกาย
- เน้นการวินิจฉัยทางการแพทย์
- ไม่ได้คำนึงถึงการเข้าสังคมฯ



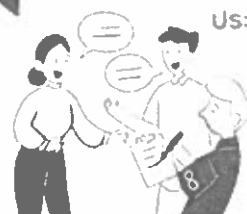
- ในปี 2565 สำรวจพบว่ามีการพิการมากกว่า 4 ล้านคน
- แต่ มีคนพิการที่เข้าระบบเพียง 2 ล้านคน !

NEW

แบบใหม่โดย พ.ม. เน้น Social Model

ประเมินความพิการโดยเน้น

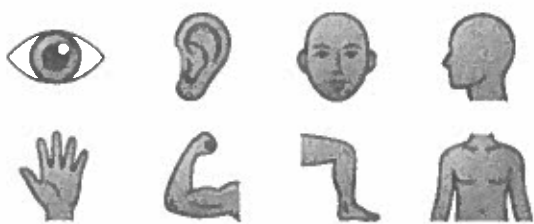
- การเข้ามามีส่วนร่วมในสังคม
 - ปัจจัยส่วนบุคคล
 - ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม
- ตามแนวคิด ICF ของ WHO



กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ที่มีความบกพร่องของอวัยวะ

ที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน



ได้แก่ อวัยวะ ตา ใบหู ใบหน้า สรีระ
นิ้วมือ แขน ขา และลำตัว
โดยจะต้อง

เป็นภาวะที่มีลักษณะถาวรหรือมีแนวโน้มถาวร

และ กว้างขวางลดหลั่น กระทบภาพลักษณ์ ความภูมิใจ การเข้าสังคม
หรือก ารมีส่วนร่วมในกิจกรรมของบุคคลอย่างมีนัยสำคัญ

เช่น ตัวใจ ามเป็นจวจากในการดำรงชีวิตในสังคม

4 ขั้นตอน

การเข้ารับการประเมิน
และรับสิทธิ

1. เตรียมตัวเข้ารับการประเมิน หากผู้รู้เห็นปัจจัยจำกัดจำนวน 2 - 4 ท่าน
2. ยื่นคำขอที่หน่วยบริการในพื้นที่
3. ประเมินตนเอง (ปก.1) + ผู้รู้เห็นปัจจัยจำกัดประเมิน (ปก.2) + เจ้าหน้าที่ประเมิน
4. เจ้าหน้าที่สรุปผลการประเมิน (ต้องผ่านเกณฑ์ความพิการจากปัจจัยทางสังคมฯ จึงออกบัตรได้)