



ประกาศมหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี
เรื่อง การจัดสถานที่ให้คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการในการจำหน่ายสินค้า

โดยที่เป็นการสมควรจัดสถานที่ให้คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการจำหน่ายสินค้าภายในมหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และเพื่อให้เป็นไปตามมาตรา ๓๕ แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยราชภัฏ พ.ศ. ๒๕๖๗ มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกประกาศมหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี เรื่อง การจัดสถานที่ให้คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ จำหน่ายเครื่องดื่มและอาหารว่าง ฉบับลงวันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๔

ข้อ ๒ ให้ผู้พิการหรือผู้ดูแลคนพิการที่มีความประสงค์จะเข้าจำหน่ายสินค้าภายในมหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี ให้ติดต่อได้ที่ สำนักงานจัดการทรัพย์สินและรายได้ มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี โดยต้องยื่นเอกสารและหลักฐาน ดังนี้

(๑) รูปถ่ายคนพิการขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป

(๒) บัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

(๓) บัตรประจำตัวประชาชนคนพิการ และผู้ดูแลขอใช้สิทธิแทนคนพิการ (ถ้ามี) พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

(๔) ทะเบียนบ้านคนพิการ และผู้ดูแลขอใช้สิทธิแทนคนพิการ (ถ้ามี) พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

ข้อ ๓ ผู้สนใจสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ สำนักงานจัดการทรัพย์สินและรายได้ มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี ตำบลทะเลชุบศร อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี โทร. ๐ ๓๖๔๑ ๒๖๖๑ , ๐๙ ๒๔๖๓ ๒๙๖๘

ประกาศ ณ วันที่ ๒ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กันยา บาร์นท์)
อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี



แบบขึ้นทะเบียนขอใช้สิทธิตามมาตรา 35
(คนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ)

กกจ.พก.1

รูปถ่าย 1 นิ้ว

☐ คนพิการขอใช้สิทธิด้วยตนเอง

1. เลขบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวคนพิการ
2. ประเภทความพิการ ☐ การเห็น ☐ การได้ยิน ☐ การเคลื่อนไหว ☐ จิตใจ ☐ สติปัญญา ☐ การเรียนรู้ ☐ ออทิสติก
3. ชื่อ-สกุล ☐ 1. ด.ช./ด.ญ. ☐ 2. นาย/นาง/นางสาว ชื่อ นามสกุล
4. ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ ชื่ออาคาร ชั้นที่ เลขที่ หมู่ที่
ซอย ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ
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. 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 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. ใช้สิทธิแทนคนพิการ ☐ 1. ด.ช./ด.ญ. ☐ 2. นาย/นาง/นางสาว ชื่อ นามสกุล
8. เลขบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวคนพิการ
9. เกี่ยวข้องกับคนพิการ

กรณีคนพิการยินยอมให้ผู้ดูแลคนพิการใช้สิทธิตามมาตรา 35 แทน

ข้าพเจ้า ถือบัตรประจำตัวคนพิการเลขที่
ยินยอมให้ ซึ่งเป็นผู้ดูแลข้าพเจ้าดำเนินการขึ้นทะเบียนขอใช้สิทธิตาม
มาตรา 35 แทนข้าพเจ้า

ลงชื่อ คนพิการ
วันที่

ประเภทการขอใช้สิทธิตามมาตรา 35

- ☐ สัมปทาน ระบุประเภทสัมปทาน
- ☐ สถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ ระบุขนาดพื้นที่ที่ต้องการใช้ประกอบกิจการตารางเมตร
ระบุประเภทกิจการ
- ☐ จ้างเหมาช่วงงาน หรือจ้างเหมาบริการโดยวิธีกรณีพิเศษ ระบุประเภทงาน
- ☐ ฝึกงาน ระบุหลักสูตรที่ต้องการฝึกงาน
- ☐ จัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก ระบุ.....
- ☐ ล่ามภาษามือ
- ☐ ให้ความช่วยเหลืออื่นใด (ระบุ)

ระยะเวลาการขอใช้สิทธิ ปี/เดือน

- ☐ ยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลการขึ้นทะเบียนขอใช้สิทธิตามมาตรา 35 เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อผู้ขึ้นทะเบียนขอใช้สิทธิ
วันที่