



CFM No.

EMC No.

Service No.

หมายเลขคิว :

 เข้าโครงการฯ เข้า Service

## แบบคำขอรับบริการด้านนิติวิทยาศาสตร์

กลุ่มบริหารจัดการวัตถุพยาน กองปฏิบัติการทางนิติวิทยาศาสตร์ สถาบันนิติวิทยาศาสตร์

## 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ขอรับบริการ (โปรดระบุให้ชัดเจน เพื่อการติดต่อกลับ)

 นาย  นาง  นางสาว  ยศ.....

ชื่อ..... นามสกุล.....

บัตรประชาชนเลขที่ \_\_\_\_\_

เลขที่หนังสือเดินทาง \_\_\_\_\_

ที่อยู่ ที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail .....

2. ประเภทการขอรับบริการ  การตรวจพิสูจน์ทางชีววิทยา  การตรวจยาและสารเสพติดในเส้นผม การตรวจพิสูจน์เอกสาร

## 3. วัตถุประสงค์ในการขอรับบริการ (โปรดระบุ สำหรับการตรวจพิสูจน์ในทุกบริการ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 4. การขงดิ ค่าธรรมเนียมในการขอรับบริการด้านนิติวิทยาศาสตร์

ข้าพเจ้าเป็นบุคคลประเภท...

1.  ผู้ที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ 2.  ผู้ที่ได้รับเงินเบี้ยผู้สูงอายุ 3.  ผู้ที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ

หลักฐานที่แสดงต่อเจ้าหน้าที่ คือ.....

 ข้าพเจ้าไม่ได้เป็นบุคคลตามข้อ 1 ถึง 3

5. การขอลด ค่าธรรมเนียมในการขอรับบริการด้านนิติวิทยาศาสตร์

ข้าพเจ้าเป็นบุคคลประเภท...

1.  ผู้ได้รับการยกเว้นไม่ต้องเสียภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา (เงินได้สุทธิ 0 – 150,000 บาท)
2.  ผู้เสียภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาในอัตราภาษีต่ำสุด (เงินได้สุทธิ 150,001 – 300,000 บาท หรือ อัตราภาษี 5% )

หลักฐานที่แสดงต่อเจ้าหน้าที่ คือ แบบแสดงรายการภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา ภ.ง.ด.91

ของ (ชื่อ-สกุล ผู้มีเงินได้).....

ข้าพเจ้าไม่ได้เป็นบุคคลตามข้อ 1 และ 2

6. กรณีที่ไม่อยู่ในเงื่อนไขการงดหรือลด แต่ประสงค์ขอพิจารณาในการงดหรือลดค่าธรรมเนียมในการขอรับบริการด้านนิติวิทยาศาสตร์

ข้าพเจ้าไม่อยู่ในเงื่อนไขการงดหรือลดค่าธรรมเนียมในการขอรับบริการด้านนิติวิทยาศาสตร์ ดังกล่าวข้างต้น และมีความประสงค์ขอรับการงดหรือลดค่าธรรมเนียมบริการด้านนิติวิทยาศาสตร์ เพื่อประโยชน์ในการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน และเพื่ออำนวยความสะดวก

7. สรุปรายการเอกสารที่ยื่นขอรับบริการด้านนิติวิทยาศาสตร์ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ผู้ยื่นคำขอรับบริการฯ เป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (นับจากวันเดือนปีเกิด ในบัตรประจำตัวประชาชน จนถึงวันที่ยื่นคำขอรับบริการฯ
- สำเนาทะเบียนบ้าน (ถ้ามี)
- สำเนาสูติบัตรของผู้เข้ารับบริการฯ กรณีอายุไม่เกิน 7 ปี จำนวน.....ฉบับ
- สำเนาบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ
- สำเนาบัตรประจำตัวผู้พิการ
- สำเนาแบบรายการภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา ภ.ง.ด.91
- หนังสือมอบอำนาจที่ปิดอากรแสตมป์ตราสารใบมอบอำนาจ
- เอกสารอื่นๆ ที่ประกอบการยื่นคำขอรับบริการฯ

## 8. ข้อมูลทั่วไปของวัดอุทยาน

ข้าพเจ้าฯ ขอชี้แจงรายละเอียดของวัดอุทยาน (วัดอุทยานเป็นอะไร, ได้มาจากใคร) ดังนี้

.....

.....

.....

.....

## 9. รายการ รับ-ส่งวัดอุทยาน

ลักษณะทั่วไปของวัดอุทยาน และสภาพของวัดอุทยาน	จำนวน หน่วย	เหตุการณ์ส่งตรวจพิสูจน์	วันที่ เวลา	ผู้รับ	ผู้ส่ง	สภาพ บรรจุ ภัณฑ์	อัตราค่า ธรรมเนียม (บาท)

**\*\* ถ้ามีการระบุรายละเอียดเพิ่มเติม เจ้าหน้าที่สามารถเขียนเพิ่มเติมในแผ่นใหม่ได้ แล้วรวมจำนวนทั้งสิ้นในแผ่นสุดท้าย \*\***

รวม จำนวนทั้งสิ้น.....รายการ

- ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบ และขอยืนยันความถูกต้องของรายการรับ-ส่งวัตถุพยานข้างต้น เป็นที่เรียบร้อยแล้ว
- ข้าพเจ้ายอมรับความเสี่ยงในการตรวจพิสูจน์วัตถุพยาน กรณีวัตถุพยานเสื่อมสภาพ หรือ เกือบจะเสื่อมสภาพ ซึ่งเป็นผลให้ไม่สามารถตรวจพิสูจน์วัตถุพยานตามแบบคำขอรับบริการฯ ดังกล่าวนี้ได้ และกรณีอื่นๆ ซึ่งเป็นการไม่ประสงค์ขอตรวจพิสูจน์ในภายหลังการยื่นแบบคำขอรับบริการฯ นี้ โดยจะไม่เรียกร้องขอคืนเงินค่าธรรมเนียมในการตรวจพิสูจน์ใดๆ ทั้งสิ้น
- ข้าพเจ้าไม่ได้นำวัตถุพยานมาด้วยตนเอง  
ประสงค์ให้สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ กระทรวงยุติธรรม ดำเนินการเก็บตัวอย่างจากบุคคล และหรือสิ่งที่ข้าพเจ้านำมาพร้อมด้วยนี้
- กรณีจะนำข้อมูลที่ได้รับจากการบริการนี้ไปใช้ ข้าพเจ้าจะกระทำด้วยความระมัดระวังเป็นอย่างยิ่ง และจะนำไปใช้เมื่อมีความจำเป็นเพื่อประโยชน์ในการรักษาความสงบเรียบร้อย การดำเนินกระบวนการยุติธรรม ประโยชน์สาธารณะ และคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชน

ลงชื่อผู้นำส่งวัตถุพยาน และหรือผู้แจ้งความประสงค์ขอรับบริการ .....

( )

วัน/เดือน/ปี .....

#### 10. การแสดงความจำนงในการรับผลการตรวจพิสูจน์

- ให้สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ส่งผลการตรวจพิสูจน์ไปยังหน่วยงานที่มีหนังสือขอให้ดำเนินการตรวจพิสูจน์

ข้าพเจ้า  นาย  นาง  นางสาว  ยศ.....

ชื่อ..... นามสกุล.....

โทรศัพท์มือถือ..... ขอรับผลการตรวจพิสูจน์.....

ที่เกิดจากการยื่นคำขอรับบริการด้านนิติวิทยาศาสตร์ ฉบับนี้ด้วยตนเอง เท่านั้น

ข้าพเจ้า  นาย  นาง  นางสาว  ยศ.....

ชื่อ..... นามสกุล..... **ขอมอบอำนาจให้**

นาย  นาง  นางสาว  ยศ.....

ชื่อ..... นามสกุล.....

โทรศัพท์มือถือ..... เป็นผู้ที่สามารถรับผลการตรวจพิสูจน์.....

ที่เกิดจากการยื่นคำขอรับบริการด้านนิติวิทยาศาสตร์ ฉบับนี้แทนข้าพเจ้า ได้

**\*\*\* ต้องมีหนังสือมอบอำนาจ มาแสดงในวันที่รับผลการตรวจพิสูจน์\*\*\***

ผู้รับเรื่อง .....

( ) ( )

วัน/เดือน/ปี .....