



เรื่อง การรายงานผลการปฏิบัติตามกฎหมายการจ้างงานคนพิการ ประจำปี 2560

ข้าพเจ้า บริษัท / โรงเรียน / อื่นๆ.....

เลขทะเบียนนายจ้าง (ประกันสังคม) _____ - _____ - _____

ขอส่งเอกสารประกอบการรายงานผลการปฏิบัติตามกฎหมายการจ้างงานคนพิการ ประจำปี 2560 ดังนี้

มาตรา 33 (จ้างงานคนพิการ, จ้างงานในชุมชน)	มาตรา 34 (ส่งเงินเข้ากองทุนฯ)	มาตรา 35 (จัดให้สัมปทานฯ)
<input type="checkbox"/> แบบรายงานการจ้างงานคนพิการประจำปี 2560 (จพ.1-1 - จพ.1-5) <input type="checkbox"/> สำเนาสัญญาจ้าง / หนังสือรับรองการทำงาน <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ / ผู้ดูแลคนพิการ <input type="checkbox"/> สำเนา สปส 1-10 ส่วนที่ 1 ประจำเดือน ต.ค. 2559 (พร้อมใบเสร็จการชำระเงินของประกันสังคมเดือน ต.ค.2559) <input type="checkbox"/> สำเนาใบสมทบกองทุนสงเคราะห์สำหรับโรงเรียนเอกชน ประจำเดือน ต.ค. 2559 <input type="checkbox"/> สำเนาใบสมทบกองทุนสงเคราะห์สำหรับโรงเรียนเอกชน ประจำเดือน ต.ค. 2559 <input type="checkbox"/> หนังสือแสดงจำนวนครูอัตราจ้างและบุคลากรประเภทอื่น <input type="checkbox"/> สำเนา สปส 1-10 ส่วนที่ 2 ที่มีชื่อคนพิการ ประจำเดือน ม.ค.2560 (พร้อมใบเสร็จการชำระเงินของประกันสังคม ม.ค.2560) <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล (อายุไม่เกิน 3 เดือน) <input type="checkbox"/> หนังสือมอบอำนาจ กรณีมีการมอบอำนาจ (ติดอากรแสตมป์) <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> แบบรายงานการจ้างงานคนพิการประจำปี 2560 (จพ.1-1 - จพ.1-5) <input type="checkbox"/> สำเนา สปส 1-10 ส่วนที่ 1 ประจำเดือน ต.ค.2559 (พร้อมใบเสร็จการชำระเงินของประกันสังคมเดือน ต.ค.2559) <input type="checkbox"/> สำเนาใบสมทบกองทุนสงเคราะห์สำหรับโรงเรียนเอกชน ประจำเดือน ต.ค. 2559 <input type="checkbox"/> หนังสือแสดงจำนวนครูอัตราจ้างและบุคลากรประเภทอื่น <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล (อายุไม่เกิน 3 เดือน) <input type="checkbox"/> หนังสือมอบอำนาจ กรณีมีการมอบอำนาจ (ติดอากรแสตมป์) <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> แบบรายงานการจ้างงานคนพิการประจำปี 2560 (จพ.1-1 - จพ.1-5) <input type="checkbox"/> สำเนา สปส 1-10 ส่วนที่ 1 ประจำเดือน ต.ค.2559 (พร้อมใบเสร็จการชำระเงินของประกันสังคมเดือน ต.ค.2559) <input type="checkbox"/> สำเนาใบสมทบกองทุนสงเคราะห์สำหรับโรงเรียนเอกชน ประจำเดือน ต.ค. 2559 <input type="checkbox"/> หนังสือแสดงจำนวนครูอัตราจ้างและบุคลากรประเภทอื่น <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือแจ้งขอให้สิทธิตามมาตรา 35 <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือแจ้งผลการดำเนินการซึ่งแสดงว่าได้รับอนุมัติจากกรมการจัดหางาน (หากไม่นำเอกสารมาถือว่ายังไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย) <input type="checkbox"/> สำเนาสัญญาสัมปทาน <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการหรือสำเนาบัตรประชาชนของผู้ดูแลคนพิการ <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล (อายุไม่เกิน 3 เดือน) <input type="checkbox"/> หนังสือมอบอำนาจ กรณีมีการมอบอำนาจ (ติดอากรแสตมป์) <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบรายชื่อคนพิการที่รับเข้าทำงาน หรือรายชื่อคนพิการ หรือผู้ดูแลคนพิการที่ใช้สิทธิสัมปทานตามมาตรา 35 แทนคนพิการแล้วพบว่าไม่เข้าช้อนกับคนพิการที่ใช้สิทธิตามมาตรา 33 และมาตรา 35 ในสถานประกอบการแห่งอื่น หากเจ้าหน้าที่ตรวจสอบพบว่าการเข้าช้อนข้าพเจ้าจะดำเนินการให้ถูกต้องตามกฎหมาย โดยการรับคนพิการเพิ่ม หรือจัดให้สัมปทานเพิ่ม หรือส่งเงินเข้ากองทุน ภายในวันที่ 31 มกราคม 2560

- หมายเหตุ** 1. เอกสารที่เป็นสำเนาต้องรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ
 2. ให้ส่งเงินกองทุนประกันสังคมประจำเดือน ม.ค. 2560 ให้เรียบร้อยก่อน (เฉพาะสถานประกอบการที่ปฏิบัติตาม มาตรา 33)
 3. หากคนพิการลาออกให้หาคนใหม่เข้ามาแทนภายใน 30 วันหรือส่งเงินเข้ากองทุนฯ ภายใน 31 ม.ค. 2560
 4. เอกสารที่นำส่งทำเป็นกระดาษ A 4 ทุกแผ่น

สอบถามเพิ่มเติม e-mail :

ผู้ประสานงาน.....

โทร

ลงชื่อ ผู้แทนนิติบุคคล

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่รับเอกสาร

ตำแหน่ง

วันที่...../...../.....

การกรอกข้อความอันเป็นเท็จมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา

ที่

ชื่อสถานประกอบการ

จพ ๑-๑

ที่อยู่

วันที่

เรื่อง การปฏิบัติตามกฎหมายจ้างงานคนพิการประจำปี ๒๕๖๐

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบดำเนินการตามมาตรา ๓๓ (จพ ๑-๒) พร้อมสำเนาสัญญาจ้างงาน, สำเนาบัตร

ประจำตัวคนพิการ สปส.๑-๑๐ ส่วนที่ ๑ ประจำเดือนตุลาคม ๒๕๕๙ หนังสือรับรองนิติบุคคล และส่วนที่ ๒ ที่ระบุชื่อคนพิการของเดือนมกราคม ๒๕๖๐ จำนวน ชุด

๒. แบบดำเนินการตามมาตรา ๓๔ (จพ ๑-๓) พร้อมด้วย

เช็คราชการ.....เลขที่..... ลงวันที่.....

เงินสด

ธนาณัติ เลขที่.....ลงวันที่.....

๓. สำเนาหนังสือแจ้งผลอนุมัติการใช้สิทธิ ตามมาตรา ๓๕ พร้อมด้วยสำเนาสัญญาสัมปทานฯ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการและสำเนาบัตรประจำตัวผู้ดูแลคนพิการ จำนวน.....ชุด

๔. แบบรายละเอียดจำนวนลูกจ้าง (จพ ๑-๕) เฉพาะสถานประกอบการที่มีสาขา จำนวน.....ฉบับ

ตามที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด.....

ได้มีหนังสือขอให้สถานประกอบการปฏิบัติตามกฎหมายในการจ้างงานคนพิการ ประจำปี ๒๕๖๐ โดยให้ รายงานผลการปฏิบัติภายในวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๐ นั้น

ในการนี้ (ชื่อสถานประกอบการ)

เลขทะเบียนนายจ้าง(ตามกองทุนประกันสังคม ๑๐ หลัก).....

ขอแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎหมาย ดังต่อไปนี้

๑. จำนวนลูกจ้างที่มีใช้คนพิการ ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ ทั้งหมด = คน

๒. จำนวนคนพิการที่ต้องรับเข้าทำงานตามอัตราส่วน (๑๐๐ : ๑) = คน

๓. มีคนพิการทำงานตามมาตรา ๓๓ แล้ว

๓.๑ ทำงานในสถานประกอบการ = คน

๓.๒ ทำงานในชุมชน = คน

๔. ขอส่งเงินเข้ากองทุนฯ ตามมาตรา ๓๔ พร้อมดอกเบี้ย (ถ้ามี) = คน

= บาท

๕. จัดให้มีการสัมปทานฯ ตามมาตรา ๓๕

๕.๑ สัมปทาน = คน

๕.๒ จ้างเหมาแรงงานในชุมชน = คน

มูลค่า บาท

ทั้งนี้ เห็นว่าได้ปฏิบัติตามกฎหมายกำหนด

ครบถ้วน

ไม่ครบถ้วน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ



(ลงชื่อ)นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

การกรอกข้อความนี้ที่มีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา

แบบรายงานผลการปฏิบัติตามกฎหมายในการจ้างงานคนพิการ ประจำปี ๒๕๖๐

ชื่อสถานประกอบการ.....ประเภทกิจการ.....

เลขทะเบียนนายจ้าง (ตามประกันสังคม ๑๐ หลัก).....ที่ตั้งเลขที่..... ซอย.....

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

ลูกจ้างที่ไม่พิการจำนวน.....คน ลูกจ้างพิการจำนวนคน

ที่	ชื่อ - สกุล (คนพิการ)	เพศ	อายุ (ปี)	การศึกษา	เลขทะเบียนคนพิการ (ตามบัตรประจำตัวคนพิการ)	ลักษณะความพิการ	ระยะเวลาการจ้าง		ค่าจ้าง/เงินเดือน	ตำแหน่งงาน (กรณีจ้างงานในชุมชนกรูณาระบุ "จ้างงานในชุมชน")
							วันเริ่ม	วันสิ้นสุด		



หมายเหตุ แนบสำเนาสมุด หรือ บัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ของคนพิการที่ทำงานในสถานประกอบการ, สำเนาสัญญาจ้าง และสปส. ๑-๑๐ ส่วนที่ ๒ ที่ระบุชื่อคนพิการของเดือนมกราคม ๒๕๖๐

การกรอกข้อความนี้เท็จมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา


แบบส่งเงินเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ประจำปี ๒๕๖๐

ชื่อนายจ้าง/สถานประกอบการ.....

เลขทะเบียนนายจ้าง (ตามประกันสังคม๑๐ หลัก)..... ที่ตั้งเลขที่.....

ซอย.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์.....

รายละเอียด	จำนวน (คน/บาท)	หมายเหตุ
๑. จำนวนลูกจ้างที่มีใช้คนพิการในสถานประกอบการ (ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙)		
๒. จำนวนคนพิการที่สถานประกอบการต้องรับเข้าทำงานตามอัตราส่วน (๑๐๐:๑)		
๓. มีคนพิการที่ทำงานอยู่แล้ว ตามมาตรา ๓๓		
๔. ให้สัมปทาน ฯ ตามมาตรา ๓๕		
๕. ส่งเงินเข้ากองทุนฯ ตามมาตรา ๓๔ (๓๐๐ x ๓๖๕ x จำนวนคนพิการที่ไม่ได้รับเข้าทำงาน)		
(วิธีคำนวณ อัตราต่ำสุดของอัตราค่าจ้างขั้นต่ำตามกฎหมายว่าด้วยการ		
คุ้มครองแรงงานที่ใช้บังคับครั้งหลังสุดในปีก่อนปีที่มีหน้าที่ส่งเงินเข้ากองทุนฯ		
คุณด้วยสามารถหกลบห่า และคุณด้วยจำนวนคนพิการที่ไม่ได้รับเข้าทำงาน)		
๖. จำนวนเงินที่ต้องส่งเข้ากองทุนฯ รวมเป็นเงินทั้งสิ้น		
โดยขอส่งเป็น		
<input type="radio"/> เช็คขีดคร่อมสั่งจ่าย “กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ”		
(A FUND FOR EMPOWERMENT OF PERSONS WITH DISABILITIES)		
<input type="radio"/> เงินสด		
<input type="radio"/> ธนาณัติสั่งจ่าย “กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ”		
 <p>ประทับตรา บริษัท</p>	<p>ลงชื่อ.....นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....</p>	

<p>สำหรับเจ้าหน้าที่</p> <p>ยอดเงินที่ต้องชำระบาท</p> <p>ดอกเบี้ยบาท</p> <p>(จากวันที่.....ถึงวันที่.....รวม.....วัน)</p> <p>รวมเป็นเงินที่ต้องชำระ.....บาท</p> <p>ยอดเงินที่นำมาชำระบาท</p> <p>ยอดเงินค้างชำระ.....บาท</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ</p> <p>วันที่/...../.....</p>	<p>ใบเสร็จรับเงินเล่มที่..... เลขที่.....</p> <p>ลงวันที่.....</p> <p>จำนวนเงิน.....บาท</p> <p>เลขที่เช็ค.....ธนาคาร.....</p> <p>ลงวันที่.....</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน</p> <p>วันที่...../...../.....</p>
---	--

แบบรายงานผลการปฏิบัติตามมาตรา ๓๕ ประจำปี ๒๕๖๐

ชื่อสถานประกอบการ.....ประเภทกิจการ.....

เลขทะเบียนนายจ้าง (ตามกองทุนประกันสังคม ๑๐ หลัก).....ที่ตั้งเลขที่..... ซอย.....

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

ลูกจ้างที่ไม่พิการจำนวน.....คน คนพิการ/ผู้ดูแล จำนวนคน

ลำดับ	ชื่อคนพิการ/ผู้ดูแล คนพิการที่ขอใช้สิทธิ	เพศ	อายุ	เลขทะเบียน ๑๓ หลัก คนพิการ/ผู้ดูแล	ลักษณะความพิการ	ระยะเวลา		มูลค่าสัญญา (บาท)	ระบุกิจกรรม ตามมาตรา ๓๕
						เริ่ม	สิ้นสุด		

หมายเหตุ แนบสำเนาสมุด หรือ บัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ของคนพิการที่ทำงานในหน่วยงาน และสำเนาสัญญาจ้าง/สัญญาการให้สัมปทาน

การกรอกข้อความนี้ทั้งหมดมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา

- ช่องระบุกิจกรรมตามมาตรา ๓๕ ให้ระบุกิจกรรมดังนี้
๑. การให้สัมปทาน
 ๒. การจัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ
 ๓. การจัดจ้างเหมาช่วงงานหรือจ้างเหมาบริการโดยวิธีกรณีพิเศษ
 ๔. การฝึกงาน
 ๕. การจัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก
 ๖. การจัดให้มีล่ามภาษามือ
 ๗. การช่วยเหลืออื่นใด



