

ที่

ชื่อสถานประกอบการ

ที่อยู่

หมายเลขโทรศัพท์

วันที่

เรื่อง การปฏิบัติตามกฎหมายในการจ้างงานคนพิการ ประจำปี ๒๕๕๔

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.

๒.

ตามที่สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ได้มีหนังสือขอให้สถานประกอบการปฏิบัติตามกฎหมายในการจ้างงานคนพิการ ประจำปี ๒๕๕๔ ซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ นั้น

ในการนี้ (ชื่อสถานประกอบการ)
ขอแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎกระทรวงฯ ดังนี้

๑. จำนวนลูกจ้างในสถานประกอบการปัจจุบัน = คน
๒. จำนวนคนพิการที่สถานประกอบการต้องรับเข้าทำงาน ตามอัตราส่วน (๒๐๐ : ๑) = คน
๓. มีคนพิการที่ทำงานอยู่แล้ว ตามมาตรา ๓๓ = คน
๔. ส่งเงินเข้ากองทุนฯ แทนการรับคนพิการเข้าทำงาน ตามมาตรา ๓๔ = บาท
๕. ให้สัมปทาน จัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ จัดจ้างเหมาช่วงงาน ฝึกงานหรือให้การช่วยเหลืออื่นใดแก่คนพิการ หรือผู้ดูแลคนพิการ ตามมาตรา ๓๕ = คน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

แบบส่งเงินเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ประจำปี ๒๕๕๔

ชื่อนายจ้าง/สถานประกอบการ.....

ที่ตั้ง.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

รายละเอียด	จำนวน (คน/บาท)	หมายเหตุ
๑. จำนวนลูกจ้างในสถานประกอบการ ๒. จำนวนคนพิการที่ต้องการรับเข้าทำงานตามอัตราส่วน (๒๐๐ : ๑) ๓. จำนวนคนพิการที่ทำงานอยู่แล้ว ๔. ขอส่งเงินเข้ากองทุนฯ แทนการรับคนพิการเข้าทำงาน (วิธีคำนวณ ๑/๒ ของอัตราค่าจ้างขั้นต่ำในท้องที่ที่สถานประกอบการ ตั้งอยู่ x ๓๖๕ x จำนวนคนพิการที่ไม่ประสงค์จะรับเข้าทำงาน) ๕. จำนวนเงินที่ต้องส่งเข้ากองทุนฯ ทั้งสิ้น โดยขอส่งเป็น <input type="radio"/> เช็คขีดคร่อมสั่งจ่าย “กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ” (A FUND FOR EMPOWERMENT OF PERSONS WITH DISABILITIES) <input type="radio"/> ฌานต์สั่งจ่าย “พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด.....” <input type="radio"/> เงินสด	
(ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่...../...../.....		

สำหรับเจ้าหน้าที่

ใบเสร็จรับเงินเล่มที่..... เลขที่.....

จำนวนเงิน.....บาท

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

วันที่...../...../.....