

ที่ .....

ชื่อสถานประกอบการ .....

ที่อยู่ .....

วันที่ .....

เรื่อง การปฏิบัติตามกฎหมายจ้างงานคนพิการ ประจำปี ๒๕๕๖

เรียน เลขาธิการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบดำเนินการตามมาตรา ๓๓ (จพ ๐-๒) พร้อมสำเนาสัญญาจ้างงานและ

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ..... ชุด

๒. แบบดำเนินการตามมาตรา ๓๔ (จพ ๐-๓) พร้อมด้วย

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

เงินสด

ธนาณัติ เลขที่.....ลงวันที่.....

๓. สำเนาหนังสือแจ้งผลการใช้สิทธิ ตามมาตรา ๓๕

พร้อมสำเนาสัญญาสัมปทานฯ จำนวน.....ชุด

๔. แบบรายละเอียดจำนวนลูกจ้าง (จพ ๐-๔) พร้อมสำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล

จำนวน.....ฉบับ

ตามที่สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ได้มีหนังสือขอให้สถานประกอบการปฏิบัติตามกฎหมายในการจ้างงานคนพิการ ประจำปี ๒๕๕๖ นั้น

ในการนี้ ( ชื่อสถานประกอบการ ) .....

เลขทะเบียนนายจ้าง(ตามกองทุนประกันสังคม).....

ขอแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎหมาย ดังต่อไปนี้

๑. จำนวนลูกจ้างที่มีใช้คนพิการในสถานประกอบการทั้งหมด = ..... คน  
(ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๕)

๒. จำนวนคนพิการที่สถานประกอบการต้องรับเข้าทำงาน = ..... คน  
ตามอัตราส่วน (๑๐๐ : ๑)

๓. มีคนพิการทำงาน ตามมาตรา ๓๓ แล้ว = .....คน

๔. ขอส่งเงินเข้ากองทุนฯ ตามมาตรา ๓๔ พร้อมดอกเบี้ย (ถ้ามี) = .....คน

= .....บาท

๕. จัดให้มีการสัมปทานฯ ตามมาตรา ๓๕ = ..... คน

มูลค่า ..... บาท

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ



(ลงชื่อ) .....นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ

( ..... )

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....

เบอร์ติดต่อ

แผนก/ฝ่าย.....

โทร.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติตามกฎหมายในการจ้างงานคนพิการ ประจำปี ๒๕๕๖

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

เลขทะเบียนนายจ้าง (ตามประกันสังคม).....

ที่ตั้ง.....โทรศัพท์.....

จำนวนลูกจ้างที่ไม่พิการ.....คน จำนวนลูกจ้างพิการ .....คน

ที่	ชื่อ - สกุล (คนพิการ)	เพศ	อายุ (ปี)	เลขทะเบียนคนพิการ (ตามบัตรประจำตัวคนพิการ)	ลักษณะความพิการ	เริ่มบรรจุงาน (วัน/เดือน/ปี)	ค่าจ้าง / เงินเดือน	ตำแหน่งงาน

หมายเหตุ แนบสำเนาสมุด หรือ บัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ของคนพิการที่ทำงานในสถานประกอบการ

การกรอกข้อความนี้เพื่อมีความคิดตามประมวลกฎหมายอาญา


## แบบส่งเงินเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ประจำปี ๒๕๕๖

ชื่อนายจ้าง/สถานประกอบการ.....

เลขทะเบียนนายจ้าง (ตามประกันสังคม).....

ที่ตั้ง.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

รายละเอียด	จำนวน (คน/บาท)	หมายเหตุ
๑. จำนวนลูกจ้างที่มีใช้คนพิการในสถานประกอบการ (ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๕)		
๒. จำนวนคนพิการที่สถานประกอบการต้องรับเข้าทำงานตามอัตราส่วน (๑๐๐:๑)		
๓. มีคนพิการที่ทำงานอยู่แล้ว ตามมาตรา ๓๓		
๔. ให้สัมปทาน ฯ ตามมาตรา ๓๕		
๕. ส่งเงินเข้ากองทุนฯ ตามมาตรา ๓๔		
(วิธีคำนวณ อัตราต่ำสุดของอัตราค่าจ้างขั้นต่ำตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงานที่ใช้บังคับครั้งสุดท้ายในปีก่อนปีที่มีหน้าที่ส่งเงินเข้ากองทุนฯ		
คุณด้วยสามร้อยหกสิบห้า 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"/> ธนาคัติสั่งจ่าย “กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ”		
 <p>ประทับตรา บริษัท</p>	ลงชื่อ.....นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ (.....)	
	ตำแหน่ง.....	
	วันที่.....	

สำหรับเจ้าหน้าที่	
ยอดเงินที่ต้องชำระ .....	บาท
ดอกเบี้ย .....	บาท
(จากวันที่.....ถึงวันที่.....รวม.....วัน)	
รวมเป็นเงินที่ต้องชำระ.....	บาท
ยอดเงินค้างชำระ.....	บาท
ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ	
วันที่ .....	
ใบเสร็จรับเงินเล่มที่..... เลขที่.....	
จำนวนเงิน.....	บาท
เลขที่เช็ค.....	ธนาคาร.....
(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน	
วันที่...../...../.....	

## รายละเอียดจำนวนลูกจ้างแต่ละสาขาของสถานประกอบการ (รวมสำนักงานใหญ่ด้วย)

ลำดับ	เลขทะเบียนนายจ้าง (ตามประกันสังคม)	เลขสาขา	จำนวนลูกจ้างที่มีใช้คนพิการ ณ ๑ ต.ค.๕๕ (คน)	หมายเหตุ
รวมทั้งสิ้น				