

ที่

ชื่อสถานประกอบการ

ที่อยู่

วันที่

เรื่อง การปฏิบัติตามกฎหมายจ้างงานคนพิการ ประจำปี ๒๕๕๗

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบดำเนินการตามมาตรา ๓๓ (จพ ๑-๒) พร้อมสำเนาสัญญาจ้างงาน, สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ และ สปส.๑-๑๐ ส่วนที่ ๒ ที่ระบุชื่อคนพิการของเดือนที่รายงานจำนวน ชุด

๒. แบบดำเนินการตามมาตรา ๓๔ (จพ ๑-๓) พร้อมด้วย

เชื้อธนาคาร.....เลขที่..... ลงวันที่.....

เงินสด

ธนาณัติ เลขที่.....ลงวันที่.....

๓. สำเนาหนังสือแจ้งผลการใช้สิทธิ ตามมาตรา ๓๕ พร้อมด้วยสำเนาสัญญาสัมปทานฯ, สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการและสำเนาผู้ดูแลคนพิการ จำนวน.....ชุด

๔. แบบรายละเอียดจำนวนลูกจ้าง (จพ ๑-๔) พร้อมสำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคลจำนวน.....ฉบับ

ตามที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด.....

ได้มีหนังสือขอให้สถานประกอบการปฏิบัติตามกฎหมายในการจ้างงานคนพิการ ประจำปี ๒๕๕๗ โดยให้รายงานผลการปฏิบัติภายในวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๕๗ นั้น

ในการนี้ (ชื่อสถานประกอบการ)

เลขทะเบียนนายจ้าง(ตามกองทุนประกันสังคม).....

ขอแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎหมาย ดังต่อไปนี้

๑. จำนวนลูกจ้างที่มีใช้คนพิการในสถานประกอบการทั้งหมด = คน

(ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๖)

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

ทั้งนี้ เห็นว่าได้ปฏิบัติตามกฎหมายกำหนด

ครบถ้วน

ไม่ครบถ้วน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ



(ลงชื่อ)นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

แบบรายงานผลการปฏิบัติตามกฎหมายในการจ้างงานคนพิการ ประจำปี ๒๕๕๗

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

เลขทะเบียนนายจ้าง (ตามประกันสังคม).....

ที่ตั้ง.....โทรศัพท์.....

จำนวนลูกจ้างที่ไม่พิการ.....คน จำนวนลูกจ้างพิการคน

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



หมายเหตุ แบบสำเนาสมุด หรือ บัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ของคนพิการที่ทำงานในสถานประกอบการ, สำเนาสัญญาจ้าง และ สปส. ๑-๑๐ ส่วนที่ ๒ ที่ระบุชื่อคนพิการของเดือนที่รายงาน

การกรอกข้อความนี้เป็นเท็จมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา

แบบส่งเงินเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ประจำปี ๒๕๕๗

ชื่อนายจ้าง/สถานประกอบการ.....

เลขทะเบียนนายจ้าง (ตามประกันสังคม).....

ที่ตั้ง.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

รายละเอียด	จำนวน (คน/บาท)	หมายเหตุ
๑. จำนวนลูกจ้างที่มีใช้คนพิการในสถานประกอบการ (ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๖)		
๒. จำนวนคนพิการที่สถานประกอบการต้องรับเข้าทำงานตามอัตราส่วน (๑๐๐:๑)		
๓. มีคนพิการที่ทำงานอยู่แล้ว ตามมาตรา ๓๓		
๔. ให้สัมปทาน ฯ ตามมาตรา ๓๕		
๕. ส่งเงินเข้ากองทุนฯ ตามมาตรา ๓๔		
(วิธีคำนวณ ๓๐๐ x ๓๖๕ x จำนวนคนพิการที่ไม่ได้จ้าง)		
๖. จำนวนเงินที่ต้องส่งเข้ากองทุนฯ รวมเป็นเงินทั้งสิ้น		
โดยขอส่งเป็น		
<input type="radio"/> เช็คขีดคร่อมสั่งจ่าย “กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ”		
(A FUND FOR EMPOWERMENT OF PERSONS WITH DISABILITIES)		
<input type="radio"/> เงินสด		
<input type="radio"/> ฌาณัติสั่งจ่าย “กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ”		



ลงชื่อ.....นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

ยอดเงินที่ต้องชำระบาท

ดอกเบี้ยบาท

(จากวันที่.....ถึงวันที่.....รวม.....วัน)

รวมเป็นเงินที่ต้องชำระ.....บาท

ยอดเงินที่นำมาชำระบาท

ยอดเงินค้างชำระ.....บาท

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

วันที่/...../.....

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

ลงวันที่.....

จำนวนเงิน.....บาท

เลขที่เช็ค.....ธนาคาร.....

ลงวันที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

วันที่/...../.....

รายละเอียดจำนวนลูกจ้างแต่ละสาขาของสถานประกอบการ (รวมสำนักงานใหญ่ด้วย)

ลำดับ	เลขทะเบียนนายจ้าง	เลขสาขา	จำนวนลูกจ้างที่มีใช้คนพิการ ณ ๑ ต.ค.๕๖ (คน)	หมายเหตุ
รวมทั้งสิ้น				



การกรอกข้อความนี้ที่มีความผิดพลาดกฎหมาย