

ที่

ชื่อสถานประกอบการ

ที่อยู่

วันที่

เรื่อง การปฏิบัติตามกฎหมายการจ้างงานคนพิการ ประจำปี ๒๕๕๘

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบดำเนินการตามมาตรา ๓๓ (จพ ๐-๒) พร้อมสำเนาสัญญาจ้างงาน, สำเนาบัตร

ประจำตัวคนพิการ สปส.๑-๑๐ ส่วนที่ ๑ ประจำเดือนตุลาคม ๒๕๕๗

และส่วนที่ ๒ ที่ระบุชื่อคนพิการของเดือนที่รายงาน จำนวน ชุด

๒. แบบดำเนินการตามมาตรา ๓๔ (จพ ๐-๓) พร้อมด้วย

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

เงินสด

ธนาณัติ เลขที่.....ลงวันที่.....

๓. สำเนาหนังสือแจ้งผลอนุมัติการใช้สิทธิ ตามมาตรา ๓๕ พร้อมสำเนาสัญญาสัมปทานฯ

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการและสำเนาบัตรประชาชนผู้ดูแลคนพิการ จำนวน.....ชุด

๔. แบบรายละเอียดจำนวนลูกจ้าง (จพ ๐-๔) เฉพาะสถานประกอบการที่มีสาขา

จำนวน.....ฉบับ

ตามที่สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ได้มีหนังสือขอให้
สถานประกอบการปฏิบัติตามกฎหมายในการจ้างงานคนพิการ ประจำปี ๒๕๕๘ โดยให้รายงานผลการ
ปฏิบัติภายในวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๕๘ นั้น

ในการนี้ (ชื่อสถานประกอบการ)

เลขทะเบียนนายจ้าง(ตามกองทุนประกันสังคม ๑๐ หลัก).....

ขอแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎหมาย ดังต่อไปนี้

๑. จำนวนลูกจ้างที่มีใช้คนพิการในสถานประกอบการทั้งหมด = คน

(ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๗)

๒. จำนวนคนพิการที่สถานประกอบการต้องรับเข้าทำงาน = คน

ตามอัตราส่วน (๑๐๐ : ๑)

๓. มีคนพิการทำงาน ตามมาตรา ๓๓ แล้ว =คน

๔. ขอส่งเงินเข้ากองทุนฯ ตามมาตรา ๓๔ พร้อมดอกเบี้ย (ถ้ามี) =คน

=บาท

๕. จัดให้มีการสัมปทานฯตามมาตรา ๓๕ = คน

มูลค่าบาท

ทั้งนี้ เห็นว่าได้ปฏิบัติตามกฎหมายกำหนด

ครบถ้วน

ไม่ครบถ้วน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ



(ลงชื่อ)นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

การกรอกข้อความนี้ให้มีความสอดคล้องตามประมวลกฎหมายอาญา

ตำแหน่ง

วันที่


แบบส่งเงินเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ประจำปี ๒๕๕๘

ชื่อนายจ้าง/สถานประกอบการ.....

เลขทะเบียนนายจ้าง (ตามกองทุนประกันสังคม๑๐ หลัก).....ที่ตั้งเลขที่.....

ซอย.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์.....

รายละเอียด	จำนวน (คน/บาท)	หมายเหตุ
๑. จำนวนลูกจ้างที่มีใช้คนพิการในสถานประกอบการ (ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๗)		
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 คูณด้วยสามร้อยหกสิบห้า และคูณด้วยจำนวนคนพิการที่ไม่ได้รับเข้าทำงาน)		
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>	ลงชื่อ.....นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....	

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

