

ที่ .....

ชื่อสถานประกอบการ .....

ที่อยู่ .....

วันที่ .....

เรื่อง การปฏิบัติตามกฎหมายจ้างงานคนพิการ ประจำปี ๒๕๕๘

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด.....

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

ประจำตัวคนพิการ สปส.๑-๑๐ ส่วนที่ ๑ ประจำเดือนตุลาคม ๒๕๕๗

และส่วนที่ ๒ ที่ระบุชื่อคนพิการของเดือนที่รายงาน จำนวน ..... ชุด

๒. แบบดำเนินการตามมาตรา ๓๔ (จพ ๑-๓) พร้อมด้วย

เช็คนาคาร.....เลขที่..... ลงวันที่.....

เงินสด

ธนาณัติ เลขที่.....ลงวันที่.....

๓. สำเนาหนังสือแจ้งผลอนุมัติการใช้สิทธิ ตามมาตรา ๓๕ พร้อมด้วยสำเนาสัญญาสัมปทานฯ

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการและสำเนาบัตรประจำตัวผู้ดูแลคนพิการ จำนวน.....ชุด

๔. แบบรายละเอียดจำนวนลูกจ้าง (จพ ๑-๔) เฉพาะสถานประกอบการที่มีสาขา

จำนวน.....ฉบับ

ตามที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด.....

ได้มีหนังสือขอให้ สถานประกอบการปฏิบัติตามกฎหมายในการจ้างงานคนพิการ ประจำปี ๒๕๕๘ โดยให้ รายงานผลการปฏิบัติภายในวันที่ 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. จัดให้มีการสัมปทานฯ ตามมาตรา ๓๕ = ..... คน

มูลค่า ..... บาท

ทั้งนี้ เห็นว่าได้ปฏิบัติตามกฎหมายกำหนด

ครบถ้วน

ไม่ครบถ้วน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ



(ลงชื่อ) .....นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ

( ..... )

การกรอกข้อความนี้จะมีผลตามประมวลกฎหมายอาญา

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....

แบบรายงานผลการปฏิบัติตามกฎหมายในการจ้างงานคนพิการ ประจำปี ๒๕๕๘

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

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

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

ลูกจ้างที่ไม่พิการจำนวน.....คน ลูกจ้างพิการจำนวน .....คน

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



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

การกรอกข้อความนี้ทั้งมีความคิดตามประมวลกฎหมายอาญา


## แบบส่งเงินเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ประจำปี ๒๕๕๘

ชื่อนายจ้าง/สถานประกอบการ.....

เลขทะเบียนนายจ้าง (ตามประกันสังคม๑๐ 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. ส่งเงินเข้ากองทุน ฯ ตามมาตรา ๓๔ (๓๐๐ x ๓๖๕ x จำนวนคนพิการที่ไม่ได้รับเข้าทำงาน)		
(วิธีคำนวณ อัตราค่าสุดของอัตราค่าจ้างขั้นต่ำตามกฎหมายว่าด้วยการ คุ้มครองแรงงานที่ใช้บังคับครั้งสุดท้ายในปีก่อนปีที่มีหน้าที่ส่งเงินเข้ากองทุน ฯ คูณด้วยสามร้อยหกสิบห้า และคูณด้วยจำนวนคนพิการที่ไม่ได้รับเข้าทำงาน)		
๖. จำนวนเงินที่ต้องส่งเข้ากองทุน ฯ 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...../...../.....	

รายละเอียดจำนวนลูกจ้างแต่ละสาขาของสถานประกอบการ  
เฉพาะกรณีที่มีสาขา (รวมสำนักงานใหญ่ด้วย)

ลำดับ	เลขทะเบียนนายจ้าง	เลขสาขา	จำนวนลูกจ้างที่มีใช้คนพิการ ณ ๑ ต.ค.๕๗ (คน)	หมายเหตุ
		รวมทั้งสิ้น		



การกรอกข้อความนี้ให้มีความคิดตามประมวลกฎหมายอาญา