

ที่

ชื่อสถานประกอบการ.....

ที่อยู่

วันที่

เรื่อง การปฏิบัติตามกฎหมายจ้างงานคนพิการ ประจำปี ๒๕๕๙

เรียน อธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบดำเนินการตามมาตรา ๓๓ (ศอ ๐-๒) พร้อมสำเนาสัญญาจ้างงาน และสำเนาบัตร

ประจำตัวคนพิการ จำนวน ชุด

๒. แบบดำเนินการตามมาตรา ๓๔ (ศอ ๐-๓) พร้อมด้วย

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

เงินสด

ธนาณัติ เลขที่.....ลงวันที่.....

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

๔. แบบรายละเอียดจำนวนลูกจ้าง (ศอ ๐-๔) พร้อมสำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล จำนวน.....ฉบับ

ตามที่กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ได้มีหนังสือขอให้สถานประกอบการที่ประกอบกิจการโรงเรียนเอกชน ปฏิบัติตามกฎหมายในการจ้างงานคนพิการ ประจำปี ๒๕๕๙ โดยให้รายงานผลการปฏิบัติภายในวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๕๙ นั้น

ในการนี้ (ชื่อสถานประกอบการ)

เลขทะเบียนนายจ้าง (ตามกองทุนประกันสังคม ๑๐ หลัก).....

รหัสโรงเรียน (๘ หลัก)

ขอแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎหมาย ดังต่อไปนี้

๑. จำนวนลูกจ้างที่เป็นครูและบุคลากรทางการศึกษา = คน

๒. จำนวนลูกจ้างตามกฎหมายประกันสังคม = คน

๓. จำนวนครูอัตราจ้างและบุคลากรประเภทอื่น = คน

๔. รวมจำนวนลูกจ้างที่มีใช้คนพิการในโรงเรียนทั้งหมด = คน

(ข้อ๑+ข้อ๒+ข้อ๓) ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๘

๕. จำนวนคนพิการที่สถานศึกษาต้องรับเข้าทำงานตามอัตราส่วน (๑๐๐ : ๑) = คน

๖. มีคนพิการทำงาน ตามมาตรา ๓๓ แล้ว = คน

๗. ขอส่งเงินเข้ากองทุนฯ ตามมาตรา ๓๔ พร้อมดอกเบี้ย (ถ้ามี) = คน

= บาท

๘. จัดให้มีการสัมปทานฯ ตามมาตรา ๓๕ = คน

มูลค่า บาท

ทั้งนี้ เห็นว่าได้ปฏิบัติตามกฎหมายกำหนด

ครบถ้วน ไม่ครบถ้วน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ



(ลงชื่อ)ผู้อำนวยการ/ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

การกรอกข้อความนี้ทั้งที่มีความคิดตามประมวลกฎหมายอาญา

แบบรายงานผลการปฏิบัติตามกฎหมายในการจ้างงานคนพิการ ประจำปี ๒๕๕๙

ศอ ๐-๒

ชื่อสถานประกอบการ.....

เลขทะเบียนนายจ้าง (ตามกองทุนประกันสังคม ๑๐ หลัก).....รหัสโรงเรียน (๘ หลัก).....

ที่ตั้ง.....โทรศัพท์.....

จำนวนลูกจ้างที่ไม่พิการ.....คน จำนวนลูกจ้างพิการคน

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



หมายเหตุ แนบสำเนาสมุด หรือ บัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ของคนพิการที่ทำงานในสถานประกอบการ และสำเนาสัญญาจ้าง

การกรอกข้อความนี้ทั้งหมดมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา

แบบส่งเงินเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ประจำปี ๒๕๕๙

ชื่อสถานประกอบการ.....
 เลขทะเบียนนายจ้าง (ตามกองทุนประกันสังคม ๑๐ หลัก).....
 รหัสโรงเรียน (๘ หลัก).....
 ที่ตั้ง.....หมายเลขโทรศัพท์.....

รายละเอียด	จำนวน (คน/บาท)	หมายเหตุ
๑. จำนวนลูกจ้างที่มีใช้คนพิการในสถานประกอบการ (ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๘)		
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"/> ธนาคารสั่งจ่าย “กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ”		



ลงชื่อ.....ผู้อำนวยการ/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/...../.....

รายละเอียดจำนวนลูกจ้างแต่ละสาขาสถานประกอบการ
เฉพาะกรณีที่มีสาขา (รวมสำนักงานใหญ่ด้วย)

ลำดับ	เลขทะเบียนนายจ้าง	เลขสาขา	จำนวนลูกจ้างที่มีใช้คนพิการ ณ ๑ ต.ค.๕๘ (คน)	หมายเหตุ
รวมทั้งสิ้น				



การกรอกข้อความนี้ซึ่งมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา