

ที่ .....

ชื่อสถานประกอบการ.....

ที่อยู่ .....

วันที่ .....

เรื่อง การปฏิบัติตามกฎหมายจ้างงานคนพิการ ประจำปี ๒๕๕๙

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

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

ประจำตัวคนพิการ จำนวน ..... ชุด

๒. แบบดำเนินการตามมาตรา ๓๔ (ศอ ๑-๓) พร้อมด้วย

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

เงินสด

ธนาณัติ เลขที่.....ลงวันที่.....

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

๔. แบบรายละเอียดจำนวนลูกจ้าง (ศอ ๑-๔) พร้อมสำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล จำนวน.....ฉบับ

ตามที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด 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 .....

การกรอกข้อความนี้ทั้งมีความคิดตามประมวลกฎหมายอาญา



## 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**

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 ...../...../.....

