



เรื่อง การรายงานผลการปฏิบัติตามกฎหมายการจ้างงานคนพิการ ประจำปี 2560

ข้าพเจ้า บริษัท / โรงเรียน / อื่นๆ.....

เลขทะเบียนนายจ้าง (ประกันสังคม) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

ขอส่งเอกสารประกอบการรายงานผลการปฏิบัติตามกฎหมายการจ้างงานคนพิการ ประจำปี 2560 ดังนี้

| มาตรา 33 (จ้างงานคนพิการ,จ้างงานในชุมชน)   | มาตรา 34 (ส่งเงินเข้ากองทุนฯ)   | มาตรา 35 (จัดให้สัมปทานฯ)   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> แบบรายงานการจ้างงานคนพิการประจำปี 2560 ( คอ.1-1 – คอ.1-5)<br><input type="checkbox"/> สำเนาสัญญาจ้าง / หนังสือรับรองการทำงาน<br><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ / ผู้ดูแลคนพิการ<br><input type="checkbox"/> สำเนา สปส 1-10 ส่วนที่ 1 ประจำเดือน ต.ค. 2559 (พร้อมใบเสร็จการชำระเงินของประกันสังคมเดือน ต.ค.2559)<br><input type="checkbox"/> สำเนาใบสมทบกองทุนสงเคราะห์สำหรับโรงเรียนเอกชน ประจำเดือน ต.ค. 2559<br><input type="checkbox"/> หนังสือแสดงจำนวนครูอัตราจ้างและบุคลากรประเภทอื่น<br><input type="checkbox"/> สำเนา สปส 1-10 ส่วนที่ 2 ที่มีชื่อคนพิการ ประจำเดือน ม.ค.2560 (พร้อมใบเสร็จการชำระเงินของประกันสังคม ม.ค.2560)<br><input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล (อายุไม่เกิน 3 เดือน)<br><input type="checkbox"/> หนังสือมอบอำนาจ กรณีมีการมอบอำนาจ (ติดอากรแสตมป์)<br><input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> แบบรายงานการจ้างงานคนพิการประจำปี 2560 ( คอ.1-1 – คอ.1-5)<br><input type="checkbox"/> สำเนา สปส 1-10 ส่วนที่ 1 ประจำเดือน ต.ค.2559 (พร้อมใบเสร็จการชำระเงินของประกันสังคมเดือน ต.ค.2559)<br><input type="checkbox"/> สำเนาใบสมทบกองทุนสงเคราะห์สำหรับโรงเรียนเอกชน ประจำเดือน ต.ค. 2559<br><input type="checkbox"/> หนังสือแสดงจำนวนครูอัตราจ้างและบุคลากรประเภทอื่น<br><input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล (อายุไม่เกิน 3 เดือน)<br><input type="checkbox"/> หนังสือมอบอำนาจ กรณีมีการมอบอำนาจ (ติดอากรแสตมป์)<br><input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> แบบรายงานการจ้างงานคนพิการประจำปี 2560 ( คอ.1-1 – คอ.1-5)<br><input type="checkbox"/> สำเนา สปส 1-10 ส่วนที่ 1 ประจำเดือน ต.ค.2559 (พร้อมใบเสร็จการชำระเงินของประกันสังคมเดือน ต.ค.2559)<br><input type="checkbox"/> สำเนาใบสมทบกองทุนสงเคราะห์สำหรับโรงเรียนเอกชน ประจำเดือน ต.ค. 2559<br><input type="checkbox"/> หนังสือแสดงจำนวนครูอัตราจ้างและบุคลากรประเภทอื่น<br><input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือแจ้งขอให้สิทธิตามมาตรา 35<br><input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือแจ้งผลการดำเนินการซึ่งแสดงว่าได้รับอนุมัติจากกรมการจัดหางาน <b>(หากไม่นำเอกสารมาถือว่ายังไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย)</b><br><input type="checkbox"/> สำเนาสัญญาสัมปทาน<br><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการหรือสำเนาบัตรประชาชนของผู้ดูแลคนพิการ<br><input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล (อายุไม่เกิน 3 เดือน)<br><input type="checkbox"/> หนังสือมอบอำนาจ กรณีมีการมอบอำนาจ (ติดอากรแสตมป์)<br><input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบรายชื่อคนพิการที่รับเข้าทำงาน หรือรายชื่อคนพิการ หรือผู้ดูแลคนพิการที่ใช้สิทธิสัมปทานตามมาตรา 35 แทนคนพิการแล้วพบว่าไม่เข้าช้อนกับคนพิการที่ใช้สิทธิตามมาตรา 33 และมาตรา 35 ในสถานประกอบการแห่งอื่น หากเจ้าหน้าที่ตรวจสอบพบว่าการเข้าช้อนข้าพเจ้าจะดำเนินการให้ถูกต้องตามกฎหมาย โดยการรับคนพิการเพิ่ม หรือจัดให้สัมปทานเพิ่ม หรือส่งเงินเข้ากองทุน ภายในวันที่ 31 มกราคม 2560

- หมายเหตุ\*\*1. เอกสารที่เป็นสำเนาต้องรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ  
 2. ให้ส่งเงินกองทุนประกันสังคมประจำเดือน ม.ค. 2560 ให้เรียบร้อยก่อน (เฉพาะสถานประกอบการที่ปฏิบัติตาม มาตรา 33)  
 3. หากคนพิการลาออกให้หาคนใหม่เข้ามาแทนภายใน 30 วันหรือส่งเงินเข้ากองทุนฯ ภายใน 31 ม.ค. 2560  
 4. เอกสารที่นำส่งทำเป็นกระดาษ A 4 ทุกแผ่น

สอบถามเพิ่มเติม e-mail :

ผู้ประสานงาน.....

โทร

ลงชื่อ ..... ผู้แทนนิติบุคคล

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ ..... เจ้าหน้าที่รับเอกสาร

ตำแหน่ง

วันที่...../...../.....

การกรอกข้อความอันเป็นเท็จมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา

ที่ .....

ชื่อสถานประกอบการ.....

ที่อยู่ .....

วันที่ .....

เรื่อง การปฏิบัติตามกฎหมายจ้างงานคนพิการประจำปี ๒๕๖๐

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบดำเนินการตามมาตรา ๓๓ (ศอ ๑-๒) พร้อมสำเนาสัญญาจ้างงาน และสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ 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 ๑-๕) พร้อมสำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล จำนวน.....ฉบับ ตามที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด.....

ได้มีหนังสือขอให้สถานประกอบการที่ประกอบกิจการโรงเรียนเอกชน ปฏิบัติตามกฎหมายในการจ้างงานคนพิการ ประจำปี ๒๕๖๐ โดยให้รายงานผลการปฏิบัติภายในวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๐ 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 ๒๕๕๙
- ๕. จำนวนคนพิการที่สถานศึกษาต้องรับเข้าทำงานตามอัตราส่วน (๑๐๐ : ๑) = ..... คน
- ๖. มีคนพิการทำงานตามมาตรา ๓๓ แล้ว
  - ๖.๑ ทำงานในสถานประกอบการ = ..... คน
  - ๖.๒ ทำงานในชุมชน = ..... คน
- ๗. ขอส่งเงินเข้ากองทุนฯ ตามมาตรา ๓๔ พร้อมดอกเบี้ย (ถ้ามี) = ..... คน  
= ..... บาท
- ๘. จัดให้มีการสัมปทานฯ ตามมาตรา ๓๕ มูลค่า..... บาท
  - ๘.๑ สัมปทาน = ..... คน
  - ๘.๒ จ้างเหมาแรงงานในชุมชน = ..... คน

ทั้งนี้ เห็นว่าได้ปฏิบัติตามกฎหมายกำหนด

ครบถ้วน  ไม่ครบถ้วน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ



(ลงชื่อ) .....ผู้อำนวยการ/ผู้รับมอบอำนาจ

( ..... )

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....

การกรอกข้อความนี้เพื่อความถี่มีความคิดตามประมวลกฎหมายอาญา

## แบบรายงานผลการปฏิบัติตามกฎหมายในการจ้างงานคนพิการ ประจำปี ๒๕๖๐

ศอ ๑-๒

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

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

ที่ตั้ง.....โทรศัพท์.....

จำนวนลูกจ้างที่ไม่พิการ.....คน ลูกจ้างพิการจำนวน.....คน

| ที่ | ชื่อ - สกุล (คนพิการ) | เพศ | อายุ (ปี) | การศึกษา | เลขทะเบียนคนพิการ (ตามบัตรประจำตัวคนพิการ) | ลักษณะความพิการ | เริ่มบรรจุงาน |            | ค่าจ้าง / เงินเดือน | ตำแหน่งงาน (กรณีจ้างงานในชุมชนกรูณาระบุ “จ้างงานในชุมชน”) |
|-----|-----------------------|-----|-----------|----------|--|-----------------|---------------|------------|---------------------|---|
|     |                       |     |           |          |  |                 | วันเริ่มงาน   | วันสิ้นสุด |                     |   |
|     |                       |     |           |          |  |                 |               |            |                     |   |
|     |                       |     |           |          |  |                 |               |            |                     |   |
|     |                       |     |           |          |  |                 |               |            |                     |   |
|     |                       |     |           |          |  |                 |               |            |                     |   |
|     |                       |     |           |          |  |                 |               |            |                     |   |
|     |                       |     |           |          |  |                 |               |            |                     |   |
|     |                       |     |           |          |  |                 |               |            |                     |   |
|     |                       |     |           |          |  |                 |               |            |                     |   |
|     |                       |     |           |          |  |                 |               |            |                     |   |
|     |                       |     |           |          |  |                 |               |            |                     |   |
|     |                       |     |           |          |  |                 |               |            |                     |   |
|     |                       |     |           |          |  |                 |               |            |                     |   |
|     |                       |     |           |          |  |                 |               |            |                     |   |
|     |                       |     |           |          |  |                 |               |            |                     |   |
|     |                       |     |           |          |  |                 |               |            |                     |   |
|     |                       |     |           |          |  |                 |               |            |                     |   |
|     |                       |     |           |          |  |                 |               |            |                     |   |
|     |                       |     |           |          |  |                 |               |            |                     |   |
|     |                       |     |           |          |  |                 |               |            |                     |   |
|     |                       |     |           |          |  |                 |               |            |                     |   |
|     |                       |     |           |          |  |                 |               |            |                     |   |
|     |                       |     |           |          |  |                 |               |            |                     |   |
|     |                       |     |           |          |  |                 |               |            |                     |   |
|     |                       |     |           |          |  |                 |               |            |                     |   |

หมายเหตุ แนบสำเนาสมุด หรือ บัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ของคนพิการที่ทำงานในสถานประกอบการ และสำเนาสัญญาจ้าง



การกรอกข้อความนี้ให้มีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา

แบบส่งเงินเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ประจำปี ๒๕๖๐

ชื่อสถานประกอบการ.....

เลขทะเบียนนายจ้าง (ตามกองทุนประกันสังคม ๑๐ หลัก).....

รหัสโรงเรียน ( ๘ หลัก).....

ที่ตั้ง.....หมายเลขโทรศัพท์.....

| รายละเอียด  | จำนวน<br>(คน/บาท) | หมายเหตุ |
|---|-------------------|----------|
| ๑. จำนวนลูกจ้างที่มีใช้คนพิการในสถานประกอบการ (ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙)  |                   |          |
| ๒. จำนวนคนพิการที่สถานประกอบการต้องรับเข้าทำงานตามอัตราส่วน (๑๐๐:๑)   |                   |          |
| ๓. มีคนพิการที่ทำงานอยู่แล้ว ตามมาตรา ๓๓  |                   |          |
| ๔. ให้สัมปทาน ฯ ตามมาตรา ๓๕   |                   |          |
| ๕. ส่งเงินเข้ากองทุน ฯ ตามมาตรา ๓๔ (วิธีคำนวณ ๓๐๐ x ๓๖๕ x จำนวนคนพิการที่ไม่ได้จ้าง)<br>(วิธีคำนวณ อัตราต่ำสุดของอัตราค่าจ้างขั้นต่ำตามกฎหมายว่าด้วยการ<br>คุ้มครองแรงงานที่ใช้บังคับครั้งหลังสุดในปีก่อนปีที่มีหน้าที่ส่งเงินเข้ากองทุน ฯ<br>คูณด้วยสามร้อยหกสิบห้า และคูณด้วยจำนวนคนพิการที่ไม่ได้รับเข้าทำงาน) |                   |          |
| ๖. จำนวนเงินที่ต้องส่งเข้ากองทุน ฯ รวมเป็นเงินทั้งสิ้น  |                   |          |
| โดยขอส่งเป็น  |                   |          |
| <input type="radio"/> เชื่อกิจการร่วมส่งจ่าย “กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ”<br>(A FUND FOR EMPOWERMENT OF PERSONS WITH DISABILITIES)  |                   |          |
| <input type="radio"/> เงินสด  |                   |          |
| <input type="radio"/> ธนาคารดีส่งจ่าย “กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ”  |                   |          |



ลงชื่อ.....ผู้อำนวยการ/ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

ยอดเงินที่ต้องชำระ .....บาท  
 ดอกเบี้ย .....บาท  
 (จากวันที่.....ถึงวันที่.....รวม.....วัน)  
 รวมเป็นเงินที่ต้องชำระ.....บาท  
 ยอดเงินค้างชำระ.....บาท  
 ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ  
 (.....)  
 วันที่ ...../...../.....

ใบเสร็จรับเงินเล่มที่..... เลขที่.....  
 ลงวันที่.....  
 จำนวนเงิน.....บาท  
 เลขที่เช็ค.....ธนาคาร.....  
 ลงวันที่.....  
 (ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน  
 (.....)  
 วันที่ ..... / ..... / .....

แบบรายงานผลการปฏิบัติตามมาตรา ๓๕ ประจำปี ๒๕๖๐

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

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

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

ลูกจ้างที่ไม่พิการจำนวน.....คน คนพิการ/ผู้ดูแล จำนวน .....คน

| ลำดับ | ชื่อคนพิการ/ผู้ดูแล<br>คนพิการที่ขอใช้สิทธิ | เพศ | อายุ | เลขทะเบียน ๑๓ หลัก<br>คนพิการ/ผู้ดูแล | ลักษณะความพิการ | ระยะเวลา |         | มูลค่าสัญญา<br>(บาท) | ระบุกิจกรรม<br>ตามมาตรา ๓๕ |
|-------|---|-----|------|---------------------------------------|-----------------|----------|---------|----------------------|----------------------------|
|       |   |     |      |                                       |                 | เริ่ม    | สิ้นสุด |                      |                            |
|       |   |     |      |                                       |                 |          |         |                      |                            |
|       |   |     |      |                                       |                 |          |         |                      |                            |
|       |   |     |      |                                       |                 |          |         |                      |                            |
|       |   |     |      |                                       |                 |          |         |                      |                            |
|       |   |     |      |                                       |                 |          |         |                      |                            |
|       |   |     |      |                                       |                 |          |         |                      |                            |
|       |   |     |      |                                       |                 |          |         |                      |                            |

หมายเหตุ แนบสำเนาสมุด หรือ บัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ของคนพิการที่ทำงานในหน่วยงาน และสำเนาสัญญาจ้าง/สัญญาการให้สัมปทาน

การกรอกข้อความนี้ทั้งหมดมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา

- ช่องระบุกิจกรรมตามมาตรา ๓๕ ให้ระบุกิจกรรมดังนี้
๑. การให้สัมปทาน
  ๒. การจัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ
  ๓. การจัดจ้างเหมาช่วงงานหรือจ้างเหมาบริการโดยวิธีกรณีพิเศษ
  ๔. การฝึกงาน
  ๕. การจัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก
  ๖. การจัดให้มีล่ามภาษามือ
  ๗. การช่วยเหลืออื่นใด



รายละเอียดจำนวนลูกจ้างแต่ละสาขาสถานประกอบการ  
เฉพาะกรณีที่มีสาขา (รวมสำนักงานใหญ่ด้วย)

| ลำดับ       | เลขทะเบียนนายจ้าง | เลขสาขา | จำนวนลูกจ้างที่มีใช้คนพิการ<br>ณ ๑ ต.ค.๕๙ (คน) | หมายเหตุ |
|-------------|-------------------|---------|--|----------|
|             |                   |         |  |          |
|             |                   |         |  |          |
|             |                   |         |  |          |
|             |                   |         |  |          |
|             |                   |         |  |          |
|             |                   |         |  |          |
|             |                   |         |  |          |
|             |                   |         |  |          |
|             |                   |         |  |          |
|             |                   |         |  |          |
|             |                   |         |  |          |
|             |                   |         |  |          |
|             |                   |         |  |          |
|             |                   |         |  |          |
|             |                   |         |  |          |
|             |                   |         |  |          |
|             |                   |         |  |          |
|             |                   |         |  |          |
|             |                   |         |  |          |
|             |                   |         |  |          |
|             |                   |         |  |          |
|             |                   |         |  |          |
|             |                   |         |  |          |
|             |                   |         |  |          |
|             |                   |         |  |          |
|             |                   |         |  |          |
|             |                   |         |  |          |
|             |                   |         |  |          |
|             |                   |         |  |          |
|             |                   |         |  |          |
| รวมทั้งสิ้น |                   |         |  |          |



การกรอกข้อความนี้ให้มีผลตามประมวลกฎหมายอาญา