



แบบแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อมูลการจ้างงานคนพิการ

วันที่

เรื่อง แจ้งเปลี่ยนแปลงข้อมูลการปฏิบัติตามกฎหมายการจ้างงานคนพิการ

เรียน

ข้าพเจ้า บริษัท /ห้างหุ้นส่วน/ โรงเรียน / อื่น ๆ

ที่ตั้งเลขที่..... ซอย..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... เบอร์โทรติดต่อ.....

เลขทะเบียนนายจ้าง (ตามประกันสังคม 10 หลัก)

เลขทะเบียนนิติบุคคล 13 หลัก

ขอแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อมูลการจ้างงานคนพิการ ดังนี้

 การจ้างงานคนพิการตามมาตรา 33 ประจำปี.....จำนวน.....คน (เอกสารแนบ จพ 7/1) ส่งเงินเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแทนการจ้างคนพิการตามมาตรา 34
ประจำปี.....จำนวน.....คน.....บาท การส่งเสริมอาชีพตามมาตรา 35 ประจำปี.....จำนวน.....คน (เอกสารแนบ จพ 7/2)เอกสารที่ต้องใช้ พร้อมรับรองสำเนาทุกฉบับ ดังนี้

มาตรา 33

1. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการรายใหม่
2. สำเนาสัญญาจ้างคนพิการรายใหม่
3. สำเนา สปส. 1-10 ส่วนที่ 1 และ 2 (ที่มีชื่อคนพิการรายใหม่) พร้อมสำเนาใบเสร็จ ของเดือนแรก
ที่คนพิการเข้าทำงานถึงเดือนปัจจุบัน

มาตรา 35

1. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการรายใหม่
2. สำเนาหนังสือรับรองการเปลี่ยนสิทธิมาตรา 35 ที่ออกโดยกรมการจัดหางานหรือสำนักงาน
จัดหางานจังหวัด



ประทับตรา

บริษัท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

- หมายเหตุ
1. กรณีสำนักงานใหญ่ตั้งอยู่กรุงเทพมหานคร ให้เรียนอธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
 2. กรณีสำนักงานใหญ่ตั้งอยู่ต่างจังหวัด ให้เรียนพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

แบบแจ้งเปลี่ยนข้อมูลการจ้างงานคนพิการ ตามมาตรา 33
และการส่งเงินเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ชื่อสถานประกอบการ.....เลขทะเบียนนายจ้าง (ตามประกันสังคม 10 หลัก).....

ลำดับ	ชื่อ - สกุล (คนพิการ)	การศึกษา	เลขประจำตัวคนพิการ	ประเภทความพิการ	วันเริ่มงาน	วันสิ้นสุด	เงินเดือน	ตำแหน่งงาน
1.	รายเดิม							
	รายใหม่							
	ส่งเงินเข้ากองทุนฯ กรณีไม่มีคนพิการรายใหม่เข้าทำงานแทนรายเก่าภายใน 45 วัน จำนวน บาท							
2.	รายเดิม							
	รายใหม่							
	ส่งเงินเข้ากองทุนฯ กรณีไม่มีคนพิการรายใหม่เข้าทำงานแทนรายเก่าภายใน 45 วัน จำนวน บาท							
3.	รายเดิม							
	รายใหม่							
	ส่งเงินเข้ากองทุนฯ กรณีไม่มีคนพิการรายใหม่เข้าทำงานแทนรายเก่าภายใน 45 วัน จำนวน บาท							

- หมายเหตุ**
1. ต้องแนบเอกสารพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ดังนี้
 - 1.1 สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการรายใหม่
 - 1.2 สำเนาสัญญาจ้างคนพิการรายใหม่
 - 1.3 สำเนาสปส 1-10 ส่วนที่ 1 และ 2 (ที่มีชื่อคนพิการรายใหม่) พร้อมสำเนาใบเสร็จ ของเดือนแรกที่คนพิการเข้าทำงานถึงเดือนปัจจุบัน
 2. กรณีไม่มีคนพิการรายใหม่เข้าทำงานแทนรายเก่าภายใน 45 วัน หรือไม่ประสงค์รับคนพิการรายใหม่จะต้องส่งเงินเข้ากองทุนฯ ตามจำนวนวันที่ไม่มีการจ้างงานคนพิการ พร้อมดอกเบี้ยในอัตราร้อยละ 7.5 ต่อปี นับแต่วันที่คนพิการรายเก่าลาออกจากงาน

ประทับตรา
บริษัท

แบบแจ้งเปลี่ยนข้อมูลการส่งเสริมอาชีพ ตามมาตรา 35
และการส่งเงินเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ชื่อสถานประกอบการ.....เลขทะเบียนนายจ้าง (ตามประกันสังคม 10 หลัก)

ลำดับ	ชื่อคนพิการ/ ผู้ดูแลคนพิการที่ขอใช้สิทธิ	เพศ	เลขประจำตัว คนพิการ/ผู้ดูแล	ประเภทความ พิการ	ระยะเวลา		มูลค่า สัญญา	กิจกรรม มาตรา 35
					วันเริ่ม	วันสิ้นสุด		
1.	รายเดิม							
	รายใหม่							
	ส่งเงินเข้ากองทุนฯ กรณีไม่มีคนพิการรายใหม่เข้าทำงานแทนรายเก่าภายใน 45 วัน จำนวน บาท							
2.	รายเดิม							
	รายใหม่							
	ส่งเงินเข้ากองทุนฯ กรณีไม่มีคนพิการรายใหม่เข้าทำงานแทนรายเก่าภายใน 45 วัน จำนวน บาท							
3.	รายเดิม							
	รายใหม่							
	ส่งเงินเข้ากองทุนฯ กรณีไม่มีคนพิการรายใหม่เข้าทำงานแทนรายเก่าภายใน 45 วัน จำนวน บาท							

หมายเหตุ

1. ต้องแนบเอกสารพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ดังนี้
 - 1.1 หนังสือแจ้งผลการเปลี่ยนแปลงการให้สิทธิแก่คนพิการรายใหม่ ที่ออกโดยกรมการจัดหางาน หรือ สำนักงานจัดหางานจังหวัด
 - 1.2 สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการรายใหม่ หรือผู้ดูแลคนพิการ
2. กรณีไม่มีคนพิการรายใหม่เข้าทำงานแทนรายเก่าภายใน 45 วัน หรือไม่ประสงค์รับคนพิการรายใหม่จะต้องส่งเงินเข้ากองทุนฯ ตามจำนวนวันที่ไม่มีการจ้างงานคนพิการ พร้อมดอกเบี้ยในอัตราร้อยละ 7.5 ต่อปี นับแต่วันที่คนพิการรายเก่าลาออกจากงาน

