



## แบบแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อมูลการจ้างงานคนพิการ

เรื่อง แจ้งเปลี่ยนแปลงข้อมูลการปฏิบัติตามกฎหมายการจ้างงานคนพิการ

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 ที่ออกโดยกรมการจัดหางานหรือสำนักงานจัดหางานจังหวัด



ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

ตำแหน่ง.....

วันที่.....



ใบรับเอกสารแบบแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อมูลการจ้างงานคนพิการ (จพ. 7) ประจำปี ..... (สำหรับเจ้าหน้าที่)

บริษัท / ห้างหุ้นส่วน / โรงเรียน/อื่น ๆ .....

สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่ที่เขต ..... เลขทะเบียนนายจ้าง (ประกันสังคม).....

การตรวจสอบเอกสารเบื้องต้น

เอกสารครบถ้วน

หมายเหตุ 1) กรณีมาตรา 33 หากคนพิการรายเก่าสิ้นสภาพการจ้างระหวางป โหจางคนพิการ รายใหม่ ภายใน 45 วัน  
2) กรณีมาตรา 35 หากสิ้นสุดสัญญาะหวางไปมากรณใด โหเปลี่ยนตัวผู้รับสิทธิ และแจ้งตอสำนักงานจัดางนภายใน 45 วัน  
3) มิฉะนั้นจะตองสงเงิน เขากองทุนตามจำนวนวัน ที่ม่มีการจ้าง /ม่มีการให้สิทธิ  
4) เมื่อดำเนินการตามขอ 1) หรือ ขอ2) แล้ว โหแจ้งการเปลี่ยนแปลงหรือสงเงินตามขอ 3) โดยใ้แบบฟอร์ม จพ 7 และ 7/1 หรือ 7/2 ตอกองทนา /ทมจ. แลวแตกรณี อีกครั้ง

ลงชื่อ ..... เจ้าหน้าที่รับเอกสาร

วันที่ .....

**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



**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

