



แบบรายงานผลการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการจ้างงานคนพิการ ประจำปี 2568

ส่วนที่ 1

ข้าพเจ้า บริษัท/ห้างหุ้นส่วน/โรงเรียน/อื่นๆ.....

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

ขอส่งเอกสารประกอบการรายงานผลการปฏิบัติตามกฎหมาย ดังนี้

มาตรา 33 (จ้างงานคนพิการ)	มาตรา 34 (ส่งเงินเข้ากองทุนฯ)	มาตรา 35 (จัดให้สัมปทาน)
<input type="checkbox"/> แบบรายงานการจ้างงานคนพิการปี 2568 (จพ.0-1,0-2) <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ <input type="checkbox"/> สำเนา สปส. 1-10 ส่วนที่ 1 ประจำปีเดือน ต.ค. 2567 (พร้อมใบเสร็จการชำระเงินของประกันสังคม) <b>ทุกสาขา</b> <input type="checkbox"/> สำเนา สปส. 1-10 ส่วนที่ 2 ประจำปีเดือน ม.ค. 2568 ถึงปัจจุบัน ที่มีชื่อคนพิการ (พร้อมใบเสร็จการชำระเงินของประกันสังคม) <input type="checkbox"/> หนังสือมอบอำนาจ (ติดอากรแสตมป์ 30 บาท) กรณีที่กระทำการแทนผู้มีอำนาจ <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล (อายุไม่เกิน 6 เดือน) <input type="checkbox"/> หลักฐานการจ่ายเงินเดือนหรือการยื่นภาษี ประจำปีเดือน ม.ค. 2568 ถึงปัจจุบัน (กรณีคนพิการอายุ 60 ปีขึ้นไป)	<input type="checkbox"/> แบบรายงานการจ้างงานคนพิการปี 2568 (จพ.0-1,0-3) <input type="checkbox"/> สำเนา สปส. 1-10 ส่วนที่ 1 ประจำปีเดือน ต.ค. 2567 (พร้อมใบเสร็จการชำระเงินของประกันสังคม) <b>ทุกสาขา</b> <input type="checkbox"/> หนังสือมอบอำนาจ (ติดอากรแสตมป์ 30 บาท) กรณีที่กระทำการแทนผู้มีอำนาจ <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล (อายุไม่เกิน 6 เดือน)	<input type="checkbox"/> แบบรายงานการจ้างงานคนพิการปี 2568 (จพ.0-1,0-4) <input type="checkbox"/> สำเนา สปส. 1-10 ส่วนที่ 1 ประจำปีเดือน ต.ค. 2567 (พร้อมใบเสร็จการชำระเงินของประกันสังคม) <b>ทุกสาขา</b> <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือแจ้งผลการให้สิทธิและการรับสิทธิ มาตรา 35 ที่ออกโดยสำนักงานจัดหางานกรุงเทพฯ หรือจังหวัดแล้วแต่กรณี <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนของผูดูแลคนพิการ (กรณีผู้ดูแลใช้สิทธิแทนคนพิการ) <input type="checkbox"/> หนังสือมอบอำนาจ (ติดอากรแสตมป์ 30 บาท) กรณีที่กระทำการแทนผู้มีอำนาจ <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล (อายุไม่เกิน 6 เดือน)
<b>เพิ่มเติม(สำหรับโรงเรียนเอกชน)</b> <input type="checkbox"/> สำเนาใบสมทบกองทุนสงเคราะห์ (ประจำปีเดือน ต.ค. 2567) <input type="checkbox"/> หนังสือแสดงจำนวนครูอัตราจ้างและบุคลากร ประเภทอื่น <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือจัดตั้งโรงเรียน	<b>เพิ่มเติม(สำหรับโรงเรียนเอกชน)</b> <input type="checkbox"/> สำเนาใบสมทบกองทุนสงเคราะห์ (ประจำปีเดือน ต.ค. 2567) <input type="checkbox"/> หนังสือแสดงจำนวนครูอัตราจ้างและบุคลากร ประเภทอื่น <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือจัดตั้งโรงเรียน	<b>เพิ่มเติม(สำหรับโรงเรียนเอกชน)</b> <input type="checkbox"/> สำเนาใบสมทบกองทุนสงเคราะห์ (ประจำปีเดือน ต.ค. 2567) <input type="checkbox"/> หนังสือแสดงจำนวนครูอัตราจ้างและบุคลากร ประเภทอื่น <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือจัดตั้งโรงเรียน

**หมายเหตุ**

- เอกสารที่นำส่งต้องเป็นกระดาษขนาด A4 และให้ลงนามผู้มีอำนาจ พร้อมประทับตราให้ครบถ้วน
- หากเจ้าหน้าที่ตรวจสอบแล้วพบว่ามีการรายงานคนพิการซ้ำซ้อนกับสถานประกอบการอื่น สถานประกอบการต้องแก้ไขให้ถูกต้องตามกฎหมาย
- เอกสารที่ยื่นต้องรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ

โปรดระบุ

ชื่อผู้ประสานงาน.....

เบอร์ติดต่อ.....

ลงชื่อ..... ผู้แทนนิติบุคคล ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่รับเอกสาร

วันที่..... วันที่.....



แบบรายงานผลการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการจ้างงานคนพิการ ประจำปี 2568

ส่วนที่ 2

ข้าพเจ้า บริษัท / ห้างหุ้นส่วน / วิทยาลัย/อื่นๆ.....

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

การตรวจสอบเอกสารเบื้องต้น <input type="checkbox"/> เอกสารครบถ้วน ตรวจสอบย้อนหลังพบว่า ปฏิบัติไม่ครบ..... ไม่ปฏิบัติ.....	<b>หมายเหตุ</b> 1) กรณีมาตรา 33 หากคนพิการรายเก่าสิ้นสภาพการจ้างระหว่างปี ให้จ้างคนพิการ รายใหม่ ภายใน 45 วัน 2) กรณีมาตรา 35 หากสิ้นสุดสัญญาะหว่างปีไม่ว่ากรณีใด ให้เปลี่ยนตัวผู้รับสิทธิ และแจ้งต่อสำนักงานจัดหางานภายใน 45 วัน 3) มิฉะนั้นจะต้องส่งเงินเข้ากองทุนตามจำนวนวัน ที่ไม่มีการจ้าง/ไม่มีการให้สิทธิ 4) เมื่อดำเนินการตามข้อ 1) หรือข้อ 2) แล้ว ให้แจ้งการเปลี่ยนแปลงหรือส่งเงินตามข้อ 3) โดยใช้แบบฟอร์ม จพ 7 และ 7/1 หรือ 7/2 ต่อกองทุนฯ /พมจ แล้วแต่กรณี
---	--

โทรศัพท์ 02-106-9327 ถึง 29 ,31

ลงชื่อ..... ผู้แทนนิติบุคคล ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่รับเอกสาร

วันที่..... วันที่.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติตามกฎหมายการจ้างงานคนพิการประจำปี 2568

วันที่.....

เรื่อง การปฏิบัติตามกฎหมายการจ้างงานคนพิการ ประจำปี 2568

เรียน อธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ตามที่นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการ มีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามกฎหมายการจ้างงานคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยการจ้างงานคนพิการตามมาตรา 33 ส่งเสริมอาชีพตามมาตรา 35 หรือส่งเงินเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตภายในวันที่ 31 มีนาคม ของแต่ละปี นั้น

บริษัท/ห้างหุ้นส่วน/โรงเรียน/อื่นๆ.....

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

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

เลขทะเบียนนายจ้าง (ตามประกันสังคม 10 หลัก).....

ขอแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎหมาย ดังนี้

- |   |             |           |
|---|-------------|-----------|
| 1. จำนวนลูกจ้างที่เป็นครูและบุคลากรทางการศึกษา  | .....       | คน        |
| 2. จำนวนลูกจ้างตามกฎหมายประกันสังคม   | .....       | คน        |
| 3. จำนวนครูอัตราจ้างและบุคลากรประเภทอื่น  | .....       | คน        |
| 4. รวมจำนวนลูกจ้างที่มีใช้คนพิการในโรงเรียนทั้งหมด<br>(ข้อ1 + ข้อ2 + ข้อ3) ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2567 | .....       | คน        |
| 5. จำนวนคนพิการที่ต้องรับเข้าทำงานตามอัตราส่วน (100 : 1)  | .....       | คน        |
| 6. รับคนพิการตามมาตรา 33 แล้ว   | .....       | คน        |
| 7. ส่งเงินเข้ากองทุนฯ ตามมาตรา 34   | .....       | คน        |
| 7.1 เงินต้น   | .....       | บาท       |
| 7.2 ดอกเบี้ย (นับตั้งแต่ 1 เมษายน 2568)   | .....       | บาท       |
|   | รวมเป็นเงิน | ..... บาท |
| 8. จัดส่งเสริมอาชีพ ตามมาตรา 35   | .....       | คน        |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ



ลงชื่อ.....นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

การกรอกข้อความนี้ให้มีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา

แบบรายงานผลการปฏิบัติตามกฎหมายในการจ้างงานคนพิการตามมาตรา 33

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

ลูกจ้างที่ไม่พิการจำนวน..... คน และมีลูกจ้างคนพิการตามมาตรา 33 จำนวน ..... คน

ลำดับ	ชื่อ - สกุล (คนพิการ)	เพศ	อายุ (ปี)	การศึกษา	เลขทะเบียนคนพิการ	ประเภทความพิการ	วันเริ่มงาน	วันสิ้นสุด	เงินเดือน	ตำแหน่งงาน



หมายเหตุ

1. ต้องแนบสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมให้คนพิการรับรองสำเนาถูกต้อง
2. ต้องกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง
3. กรณีคนพิการสิ้นสุดสภาพการจ้างระหว่างปีให้รับคนพิการรายใหม่ทดแทน ภายใน 45 วันและให้ยื่นข้อมูลการทดแทน โดยใช้แบบแจ้งเปลี่ยนข้อมูลการจ้างงานคนพิการ(จพ7 และจพ 7/1) หากพ้นกำหนดต้องส่งเงินเข้ากองทุนฯ พร้อมดอกเบี้ยอัตราร้อยละ 7.5 ต่อปี

แบบส่งเงินเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการตามมาตรา ๓๔

ชื่อสถานประกอบการ/โรงเรียน.....

เลขทะเบียนนายจ้าง (ตามประกันสังคม 10 หลัก).....

รายละเอียด	จำนวน (คน/บาท)	หมายเหตุ
1. จำนวนลูกจ้างที่มีใช้คนพิการในสถานประกอบการ (ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2567)	คน	
2. จำนวนคนพิการที่สถานประกอบการต้องรับเข้าทำงานตามอัตราส่วน (100:1)	คน	
3. มีคนพิการที่ทำงานอยู่แล้ว ตามมาตรา 33	คน	
4. ให้สัมปทาน ฯ ตามมาตรา 35	คน	
5. ส่งเงินเข้ากองทุนฯ ตามมาตรา 34 (330 x 365 x จำนวนคนพิการที่ไม่ได้รับเข้าทำงาน)	คน	
(วิธีคำนวณ อัตราต่ำสุดของอัตราค่าจ้างขั้นต่ำตามกฎหมายว่าด้วยการ	บาท	เงินต้น
คุ้มครองแรงงานที่ใช้บังคับครั้งหลังสุดในปีก่อนปีที่มีหน้าที่ส่งเงินเข้ากองทุนฯ	บาท	ดอกเบี้ย
คูณด้วยสามร้อยหกสิบห้า และคูณด้วยจำนวนคนพิการที่ไม่ได้รับเข้าทำงาน)		
6. จำนวนเงินที่ต้องส่งเข้ากองทุนฯ รวมเป็นเงินทั้งสิ้น โดยขอส่งเป็น <input type="radio"/> เชื่อกิตติมศักดิ์ “กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ” (A FUND FOR EMPOWERMENT OF PERSONS WITH DISABILITIES) เชื่อกิตติมศักดิ์..... เลขที่..... ลงวันที่..... <input type="radio"/> เงินสด <input type="radio"/> ธนาณัติสั่งจ่าย “กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ”	บาท	



ลงชื่อ.....นายจ้าง/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...../...../.....

### แบบรายงานผลการปฏิบัติตามกฎหมายในการดำเนินการตามมาตรา 35

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

ลูกจ้างที่ไม่พิการจำนวน..... คน และมีการดำเนินการตามมาตรา 35 จำนวน ..... คน

ลำดับ	ชื่อคนพิการ/ผู้ดูแล คนพิการที่ขอใช้สิทธิ	เพศ	อายุ	เลขทะเบียน ๑๓ หลัก คนพิการ/ผู้ดูแล	ลักษณะความพิการ	ระยะเวลา		มูลค่าสัญญา (บาท)	ระบุงิจกรรม ตามมาตรา ๓๕
						เริ่ม	สิ้นสุด		

**หมายเหตุ**

- รายชื่อคนพิการ/ผู้ดูแลและคนพิการ ตามที่การจัดหางานได้พิจารณาแล้วเท่านั้น
- ช่องระบุงิจกรรมตามมาตรา 35 ให้ระบุงิจกรรมดังนี้
  - 2.1 การให้สัมปทาน 2.2 การจัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ 2.3 การจัดจ้างเหมาช่วงงานหรือจ้างเหมาบริการโดยวิธีกรณีพิเศษ 2.4 การฝึกงาน
  - 2.5 การจัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก 2.6 การจัดให้มีล่ามภาษามือ 2.7 การช่วยเหลืออื่นใด
- ต้องกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง
- ต้องแนบสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการและผู้ดูแลคนพิการ(กรณีผู้ดูแลใช้สิทธิแทนคนพิการ) พร้อมให้คนพิการและผู้ดูแลคนพิการรับรองสำเนาถูกต้อง
- กรณีมีการเปลี่ยนแปลงสิทธิให้หาทดแทนและยื่นเปลี่ยนแปลงสิทธิ กับสำนักงานจัดหางาน ภายใน 45 วัน และให้ยื่นข้อมูลการทดแทน โดยใช้แบบแจ้งเปลี่ยนแปลง ข้อมูลการจ้างงานคนพิการ (จพ 7, จพ 7/2 แล้วแต่กรณี) หากพ้นกำหนดต้องส่งเงินเข้ากองทุนฯ พร้อมดอกเบี้ยร้อยละ 7.5 ต่อปี

