แบบคำขอรับเงินคืนของนายจ้าง/เจ้าของสถานประกอบการ ที่ส่งเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ตามมาตรา 34 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ประจำปี.....

1. ชื่อสถานประกอบการ.....
   เลขที่บัญชีนายจ้าง(ประกันสังคม) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
   เลขทะเบียนนิติบุคคล ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

2. สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่อาคาร.....เลขที่.....หมู่.....ตรอก/ซอย.....
   ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
   รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

3. มีจำนวนลูกจ้างที่ไม่ใช่คนพิการ ณ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. .....จำนวน .....คน
   - ต้องรับคนพิการเข้าทำงาน จำนวน.....คน
   - ได้จ้างคนพิการ มาตรา 33 จำนวน.....คน
   - ส่งเงินเข้ากองทุนฯ มาตรา 34 จำนวน.....คน คิดเป็นจำนวนเงิน.....บาท
   - จัดให้มีสัมปทานตามมาตรา 35 จำนวน.....คน

4. มีความประสงค์จะขอรับเงินคืนเนื่องจากปฏิบัติตามกฎหมายการว่าด้วยการจ้างงานคนพิการตามกฎหมายกำหนดแล้ว ดังนี้
   ☐ รับคนพิการเข้าทำงานมาตรา 33 จำนวน .....คน
   ☐ ดำเนินการให้สัมปทานตามมาตรา 35 จำนวน.....คน
   ☐ ชำระเงินเข้ากองทุนฯ เกิน เป็นจำนวน.....บาท เนื่องจาก.....
   .....
   จึงมีความประสงค์จะขอรับเงินคืน จำนวน.....บาท

5. เอกสารที่ใช้เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา ดังนี้
   ☐ 1. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ (คนพิการรับรองสำเนาถูกต้อง/กรณีพิมพ์ลายนิ้วมือต้องมีพยานรับรอง 2 คน)
   ☐ 2. สัญญาจ้างหรือหนังสือรับรองการทำงาน
   ☐ 3. สำเนา แบบ สปส. 1-10 ส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 (หน้าที่มีชื่อลูกจ้างคนพิการ) พร้อมสำเนาใบเสร็จ ประจำเดือน.....ถึงประจำเดือน.....(กรณีลูกจ้างอายุไม่เกิน 60 ปี)
   ☐ 4. หนังสือรับรองการหักภาษี ณ ที่จ่าย ตามมาตรา 50 ทวิ แห่งประมวลรัษฎากร ของลูกจ้างคนพิการ
   ☐ 5. หลักฐานการจ่ายค่าจ้างของลูกจ้างคนพิการ ประจำเดือน.....ถึง.....
   ☐ 6. สำเนาหนังสือการให้สิทธิและการรับสิทธิตามมาตรา 35 (เฉพาะกรณีใช้สิทธิมาตรา 35)
   ☐ 7. สำเนาบัตรผู้ดูแลคนพิการ (เฉพาะกรณีใช้สิทธิมาตรา 35)
   ☐ 8. สำเนาใบเสร็จรับเงินที่ส่งเงินเข้ากองทุนฯ ตามมาตรา 34
   ☐ 9. สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคารของสถานประกอบการ
   ☐ 10. หนังสือรับรองนิติบุคคล (อายุไม่เกิน 6 เดือน)
   ☐ 11. หนังสือมอบอำนาจ (ติดอากรแสตมป์ 30 บาทต่อหนึ่งผู้รับมอบ) และสำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
   ☐ 12. เอกสารอื่น ๆ ตามที่เจ้าหน้าที่ขอเพิ่มเติม (ถ้ามี).....
   .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความตามแบบคำขอรับเงินคืน (1),(2) และเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้เป็นความจริงทุกประการ

ประทับตรา
บริษัท

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

หมายเหตุ : เอกสารที่เป็นสำเนาต้องรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ โดยผู้มีอำนาจหรือผู้รับมอบอำนาจเท่านั้น

คำขอรับเงินคืน (2)

บัญชีรายชื่อคนพิการที่นายจ้าง/เจ้าของสถานประกอบการยื่นขอรับเงินคืน ประจำปี.....

ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	เลขทะเบียนคนพิการ (เลข 13 หลัก)	วันที่เริ่มจ้าง /สัญญา	วันที่สิ้นสุดการจ้าง/สัญญา	รวมจำนวนวันที่ได้ทำงานในปีนั้น	จำนวนค่าจ้างที่จ่ายจริง(รวม)	รับทำงาน(ก่อน/หลัง) ส่งเงิน ม.34 (✓)		โปรดระบุเหตุผลการขอรับเงินคืนกรณีจ้างคนพิการก่อนส่งเงินเข้ากองทุนฯ
							ก่อน	หลัง	
รวมเป็นเงินที่ประสงค์จะขอคืน						..... **บาท**			

หมายเหตุ : 1. กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน

2. จำนวนเงินที่สามารถขอคืนได้ตามจำนวนค่าจ้างที่ได้จ่ายไปจริงแต่ไม่เกินจำนวนเงินเฉลี่ยเป็นรายวันที่ได้ส่งเข้ากองทุนฯ × ด้วยจำนวนวันที่ได้จ้างจริง × ด้วยจำนวนคนพิการที่ได้จ้างจริง

3. เงื่อนไขการพิจารณาการคืนเงินเป็นไปตามประกาศที่คณะอนุกรรมการบริหารกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการกำหนด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความตามแบบคำขอรับเงินคืน (1),(2) และเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้เป็นความจริงทุกประการ

ประทับตรา
บริษัท

ลงชื่อ.....นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

วันที่.....

หนังสือรับทราบจำนวนเงินที่ส่งเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ คืน
ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

เรียน อธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/อื่น ๆ ....
โทรศัพท์.....ตำแหน่ง..... เป็นผู้มีอำนาจหรือได้รับมอบอำนาจกระทำการแทน
บริษัท/ห้างหุ้นส่วนจำกัด/อื่น ๆ .....
ที่อยู่.....อาคาร.....ชั้น.....หมู่.....
ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
เบอร์โทรศัพท์สำนักงาน.....E-mail.....

ข้าพเจ้าได้ยื่นคำขอรับเงินที่ส่งเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ตามมาตรา 34 ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม คืน เป็นจำนวน(ตัวเลข).....บาท (.....)
โดยข้าพเจ้าได้รับทราบเงื่อนไข และจำนวนเงินที่สามารถขอรับเงินคืนได้ ดังนี้

1. ข้าพเจ้ายอมรับเงื่อนไขการขอรับเงินคืน ให้เป็นไปตามกฎกระทรวงกำหนดจำนวนคนพิการที่นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการและหน่วยงานของรัฐจะต้องรับเข้าทำงานและจำนวนเงินที่นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการจะต้องนำส่งเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2554 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

2. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ได้แจ้งรายละเอียด วิธีการคำนวณเงินและจำนวนเงินที่สามารถคืนให้แก่ข้าพเจ้า ทราบแล้ว โดยสามารถคืนเงินได้ จำนวน.....บาท (.....)

3. ข้าพเจ้ารับทราบและยอมรับ กรณีที่จำนวนเงินที่ข้าพเจ้าได้รับคืนนั้น ไม่ตรงกับจำนวนเงินที่ยื่นขอรับเงินที่ส่งเข้ากองทุนฯ คืน

ข้าพเจ้ารับทราบและเห็นด้วยกับจำนวนเงินที่สามารถขอรับได้ตามกฎหมายแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อในหนังสือฉบับนี้ไว้เป็นหลักฐาน

ประทับตราบริษัท

ลงนาม.....ผู้มีอำนาจ/ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

- บริษัทสามารถสร้างหนังสือในแบบของตัวเองโดยใช้คำที่มีลักษณะเดียวกันกับในตัวอย่างนี้ได้
- ระบุจำนวนเงินใน (.....) ให้ระบุเป็นตัวอักษรเช่น “หนึ่งแสนห้าหมื่นบาทถ้วน”
- ผู้ที่มีอำนาจลงนาม ได้แก่ 1. กรรมการผู้ที่ได้รับรองในหนังสือรับรองบริษัท หรือ 2. ผู้รับมอบอำนาจตามหนังสือมอบอำนาจ
- ให้ลบคำที่ไม่ใช้ออก เช่น นาย/นางสาว, บริษัท/บริษัทมหาชน, หมู่ แขวง/ตำบล

เลขที่.....

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

เรียน ผู้อำนวยการกลุ่มบริหารกองทุน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

เลขประจำตัวประชาชน / เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

สำนัก/กอง/ศูนย์.....สังกัดกรม.....กระทรวง.....

อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ขอรับเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารมาเพื่อเป็นหลักฐานด้วยแล้ว

☐ กรณีเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ ที่สังกัดส่วนราชการผู้จ่าย

☐ เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน

บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

ชื่อบัญชี.....

☐ เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารอื่น (ตามหัวหน้าส่วนราชการผู้เบิกอนุญาต)

บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

ชื่อบัญชี.....

☐ กรณีเป็นบุคคลภายนอก เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....

สาขา.....ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

ชื่อบัญชี.....

รับเงินค่า.....

.....

โดยผู้มีสิทธิรับเงินต้องรับภาระค่าธรรมเนียมที่เกิดขึ้น

และเมื่อกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online แล้ว ให้ส่งข้อมูลการโอนเงินผ่านช่องทาง

☐ ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่เบอร์โทรศัพท์.....

☐ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ตาม e-mail address .....

ลงชื่อ.....ผู้มีสิทธิรับเงิน

(.....)

หมายเหตุ : เลขที่ของแบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online ให้ระบบหมายเลขกำกับเรียงกันไปทุกฉบับ เพื่อประโยชน์ในการจัดทำทะเบียนคุมการโอนเงิน