

ที่ .....

ชื่อสถานประกอบการ .....

ที่อยู่ .....

วันที่ .....

เรื่อง การปฏิบัติตามกฎหมายจ้างงานคนพิการ ประจำปี ๒๕๕๖

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบดำเนินการตามมาตรา ๓๓ (จพ ๑-๒) พร้อมสำเนาสัญญาจ้างงานและ

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ..... ชุด

๒. แบบดำเนินการตามมาตรา ๓๔ (จพ ๑-๓) พร้อมด้วย

เช็คราชการ.....เลขที่..... ลงวันที่.....

เงินสด

ธนาณัติ เลขที่.....ลงวันที่.....

๓. สำเนาหนังสือแจ้งผลการใช้สิทธิ ตามมาตรา ๓๕

พร้อมสำเนาสัญญาสัมปทานฯ จำนวน.....ชุด

๔. แบบรายละเอียดจำนวนลูกจ้าง (จพ ๑-๔) พร้อมสำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล

จำนวน.....ฉบับ

ตามหนังสือจังหวัด.....แจ้งให้สถานประกอบการปฏิบัติตาม  
กฎหมายจ้างงานคนพิการประจำปี ๒๕๕๖ โดยรายงานผลการปฏิบัติภายในวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๕๖ นั้น

ในการนี้ ( ชื่อสถานประกอบการ ) .....

เลขทะเบียนนายจ้าง(ตามกองทุนประกันสังคม).....

ขอแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎหมาย ดังต่อไปนี้

๑. จำนวนลูกจ้างที่มีใช้คนพิการในสถานประกอบการทั้งหมด = ..... คน  
(ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๕)

๒. จำนวนคนพิการที่สถานประกอบการต้องรับเข้าทำงาน = ..... คน  
ตามอัตราส่วน (๑๐๐ : ๑)

๓. มีคนพิการทำงาน ตามมาตรา ๓๓ แล้ว = .....คน

๔. ขอส่งเงินเข้ากองทุนฯ ตามมาตรา ๓๔ พร้อมดอกเบี้ย (ถ้ามี) = .....คน

= .....บาท

๕. จัดให้มีการสัมปทานฯ ตามมาตรา ๓๕ = ..... คน

มูลค่า ..... บาท

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ



(ลงชื่อ) .....นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ

( ..... )

ตำแหน่ง .....

เบอร์ติดต่อ

แผนก/ฝ่าย.....

โทร.....

วันที่ .....

แบบรายงานผลการปฏิบัติตามกฎหมายในการจ้างงานคนพิการ ประจำปี ๒๕๕๖

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

เลขทะเบียนนายจ้าง (ตามประกันสังคม).....

ที่ตั้ง.....โทรศัพท์.....

จำนวนลูกจ้างที่ไม่พิการ.....คน จำนวนลูกจ้างพิการ .....คน

ที่	ชื่อ - สกุล (คนพิการ)	เพศ	อายุ (ปี)	เลขทะเบียนคนพิการ (ตามบัตรประจำตัวคนพิการ)	ลักษณะความพิการ	เริ่มบรรจุงาน (วัน/เดือน/ปี)	ค่าจ้าง / เงินเดือน	ตำแหน่งงาน

หมายเหตุ แนบสำเนาสมุด หรือ บัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ของคนพิการที่ทำงานในสถานประกอบการ

การกรอกข้อความในนี้จะมีผลตามประมวลกฎหมายอาญา


**แบบส่งเงินเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ประจำปี ๒๕๕๖**

ชื่อนายจ้าง/สถานประกอบการ.....

เลขทะเบียนนายจ้าง (ตามประกันสังคม).....

ที่ตั้ง.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

รายละเอียด	จำนวน (คน/บาท)	หมายเหตุ
๑. จำนวนลูกจ้างที่มีใช้คนพิการในสถานประกอบการ (ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๕)		
๒. จำนวนคนพิการที่สถานประกอบการต้องรับเข้าทำงานตามอัตราส่วน (๑๐๐:๑)		
๓. มีคนพิการที่ทำงานอยู่แล้ว ตามมาตรา ๓๓		
๔. ให้สัมปทาน ฯ ตามมาตรา ๓๕		
๕. ส่งเงินเข้ากองทุนฯ ตามมาตรา ๓๔		
(วิธีคำนวณ อัตราต่ำสุดของอัตราค่าจ้างขั้นต่ำตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงานที่ใช้บังคับครั้งสุดท้ายในปีก่อนปีที่มีหน้าที่ส่งเงินเข้ากองทุนฯ		
คุณด้วยสามร้อยหกสิบห้า และคุณด้วยจำนวนคนพิการที่ไม่ได้รับเข้าทำงาน)		
๖. จำนวนเงินที่ต้องส่งเข้ากองทุนฯ รวมเป็นเงินทั้งสิ้น		
โดยขอส่งเป็น		
<input type="radio"/> เชื่อกิตติมศักดิ์ “กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ” (A FUND FOR EMPOWERMENT OF PERSONS WITH DISABILITIES)		
<input type="radio"/> เงินสด		
<input type="radio"/> ธนาคาส่งจ่าย “กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ”		
 <p>ประทับตรา บริษัท (ถ้ามี)</p>	ลงชื่อ.....นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....	

<p><b>สำหรับเจ้าหน้าที่</b></p> <p>ยอดเงินที่ต้องชำระ .....บาท</p> <p>ดอกเบี้ย .....บาท</p> <p>(จากวันที่.....ถึงวันที่.....รวม.....วัน)</p> <p>รวมเป็นเงินที่ต้องชำระ.....บาท</p> <p>ยอดเงินค้างชำระ.....บาท</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ</p> <p>วันที่ .....</p>		<p>ใบเสร็จรับเงินเล่มที่..... เลขที่.....</p> <p>จำนวนเงิน.....บาท</p> <p>เลขที่เช็ค.....ธนาคาร.....</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน</p> <p>วันที่...../...../.....</p>
--	--	--

