

ที่

ชื่อสถานประกอบการ
ที่อยู่

จพ ๐-๑

วันที่

เรื่อง การปฏิบัติตามกฎหมายการจ้างงานคนพิการ ประจำปี ๒๕๕๙

เรียน อธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบดำเนินการตามมาตรา ๓๓ (จพ ๐-๒) พร้อมสำเนาสัญญาจ้างงาน, สำเนาบัตร
ประจำตัวคนพิการ, สปส.๑-๑๐ ส่วนที่ ๑ ประจำเดือนตุลาคม ๒๕๕๘
และส่วนที่ ๒ ที่ระบุชื่อคนพิการของเดือนมกราคม ๒๕๕๙ จำนวน ชุด

๒. แบบดำเนินการตามมาตรา ๓๔ (จพ ๐-๓) พร้อมด้วย

เชื้อธนาคาร.....เลขที่..... ลงวันที่.....

เงินสด

ธนาณัติ เลขที่.....ลงวันที่.....

๓. สำเนาหนังสือแจ้งผลอนุมัติการใช้สิทธิ ตามมาตรา ๓๕ พร้อมสำเนาสัญญาสัมปทานฯ
สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการและสำเนาบัตรประชาชนผู้ดูแลคนพิการ จำนวน.....ชุด

๔. แบบรายละเอียดจำนวนลูกจ้าง (จพ ๐-๔) เฉพาะสถานประกอบการที่มีสาขา
จำนวน.....ฉบับ

ตามที่กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ได้มีหนังสือขอให้สถานประกอบการ
ปฏิบัติตามกฎหมายในการจ้างงานคนพิการ ประจำปี ๒๕๕๙ โดยให้รายงานผลการปฏิบัติภายในวันที่
๓๑ มกราคม ๒๕๕๙ นั้น

ในการนี้ (ชื่อสถานประกอบการ)

เลขทะเบียนนายจ้าง(ตามกองทุนประกันสังคม ๑๐ หลัก)

ขอแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎหมาย ดังต่อไปนี้

๑. จำนวนลูกจ้างที่มีใช้คนพิการในสถานประกอบการทั้งหมด = คน
(ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๘)

๒. จำนวนคนพิการที่สถานประกอบการต้องรับเข้าทำงาน = คน
ตามอัตราส่วน (๑๐๐ : ๑)

๓. มีคนพิการทำงาน ตามมาตรา ๓๓ แล้ว =คน

๔. ขอส่งเงินเข้ากองทุนฯ ตามมาตรา ๓๔ พร้อมดอกเบี้ย (ถ้ามี) =คน

=บาท

๕. จัดให้มีการสัมปทานฯตามมาตรา ๓๕ = คน

มูลค่าบาท

ทั้งนี้ เห็นว่าได้ปฏิบัติตามกฎหมายกำหนด

ครบถ้วน

ไม่ครบถ้วน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ประทับตรา

บริษัท

(ลงชื่อ)นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

การกรอกข้อความนี้ทั้งที่มีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา

ตำแหน่ง

วันที่

แบบรายงานผลการปฏิบัติตามกฎหมายในการจ้างงานคนพิการ ประจำปี ๒๕๕๙

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

เลขทะเบียนนายจ้าง (ตามกองทุนประกันสังคม ๑๐ หลัก).....ที่ตั้งเลขที่..... ซอย.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ลูกจ้างที่ไม่พิการจำนวน.....คน ลูกจ้างพิการจำนวน.....คน

ที่	ชื่อ - สกุล (คนพิการ)	เพศ	อายุ (ปี)	การศึกษา	เลขทะเบียนคนพิการ (ตามบัตรประจำตัวคนพิการ)	ลักษณะความพิการ	ระยะเวลาการจ้าง		ค่าจ้าง/เงินเดือน	ตำแหน่งงาน
							วันเริ่มงาน	วันสิ้นสุด		




หมายเหตุ แบบสำเนาสมุด หรือ บัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ของคนพิการที่ทำงานในสถานประกอบการ, สำเนาสัญญาจ้าง และสปส. ๑-๑๐ ส่วนที่ ๒ ที่ระบุชื่อคนพิการของเดือนมกราคม ๒๕๕๙

การกรอกข้อความนี้ที่มีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา

แบบส่งเงินเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ประจำปี ๒๕๕๙

ชื่อนายจ้าง/สถานประกอบการ.....
 เลขทะเบียนนายจ้าง (ตามกองทุนประกันสังคม ๑๐ หลัก).....ที่ตั้งเลขที่.....
 ซอย.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
 จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์.....

รายละเอียด	จำนวน (คน/บาท)	หมายเหตุ
๑. จำนวนลูกจ้างที่มีใช้คนพิการในสถานประกอบการ (ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๘)		
๒. จำนวนคนพิการที่สถานประกอบการต้องรับเข้าทำงานตามอัตราส่วน (๑๐๐:๑)		
๓. มีคนพิการที่ทำงานอยู่แล้ว ตามมาตรา ๓๓		
๔. ให้สัมปทาน ฯ ตามมาตรา ๓๕		
๕. ส่งเงินเข้ากองทุนฯ ตามมาตรา ๓๔ (๓๐๐ x ๓๖๕ x จำนวนคนพิการที่ไม่ได้รับเข้าทำงาน)		
(วิธีคำนวณ อัตราค่าสุดของอัตราค่าจ้างขั้นต่ำตามกฎหมายว่าด้วยการ คุ้มครองแรงงานที่ใช้บังคับครั้งหลังสุดในปีก่อนปีที่มีหน้าที่ส่งเงินเข้ากองทุนฯ คูณด้วยสามร้อยหกสิบห้า และคูณด้วยจำนวนคนพิการที่ไม่ได้รับเข้าทำงาน)		
๖. จำนวนเงินที่ต้องส่งเข้ากองทุนฯ รวมเป็นเงินทั้งสิ้น		
โดยขอส่งเป็น		
<input type="radio"/> เช็คขีดคร่อมสั่งจ่าย “กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ” (A FUND FOR EMPOWERMENT OF PERSONS WITH DISABILITIES)		
<input type="radio"/> เงินสด		
<input type="radio"/> ธนาณัติสั่งจ่าย “กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ”		
	ลงชื่อ.....นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....	

สำหรับเจ้าหน้าที่

ยอดเงินที่ต้องชำระบาท
 ดอกเบี้ยบาท
 (จากวันที่.....ถึงวันที่.....รวม.....วัน)
 รวมเป็นเงินที่ต้องชำระ.....บาท
 ยอดเงินที่นำมาชำระบาท
 ยอดเงินค้างชำระ.....บาท
 ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
 วันที่/...../.....

ใบเสร็จรับเงินเล่มที่..... เลขที่.....
 ลงวันที่.....
 จำนวนเงิน.....บาท
 เลขที่เช็ค.....ธนาคาร.....
 ลงวันที่.....
 (ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
 วันที่...../...../.....

รายละเอียดจำนวนลูกจ้างแต่ละสาขาของสถานประกอบการ
เฉพาะกรณีที่มีสาขา (รวมสำนักงานใหญ่ด้วย)

ลำดับ	เลขทะเบียนนายจ้าง	เลขสาขา	จำนวนลูกจ้างที่มีใช้คนพิการ ณ ๑ ต.ค.๕๘ (คน)	หมายเหตุ
รวมทั้งสิ้น				



การกรอกข้อความนี้ต้องมีคามติดตามประมวลกฎหมายอาญา