

ที่

ชื่อสถานประกอบการ

ที่อยู่

หมายเลขโทรศัพท์

วันที่

เรื่อง การปฏิบัติตามกฎหมายในการจ้างงานคนพิการ ประจำปี ๒๕๕๕

เรียน เลขาธิการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.

๒.

ตามที่สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ได้มีหนังสือขอให้สถานประกอบการปฏิบัติตามกฎหมายในการจ้างงานคนพิการ ประจำปี ๒๕๕๕ ซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ นั้น

ในการนี้ (ชื่อสถานประกอบการ)
 เลขทะเบียนนายจ้าง (ตามประกันสังคม).....เลขที่สาขา.....
 ขอแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎกระทรวงฯ ดังนี้

๑. จำนวนลูกจ้างในสถานประกอบการปัจจุบัน (ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๔) =..... คน
๒. จำนวนคนพิการที่สถานประกอบการต้องรับเข้าทำงาน =..... คน
 ตามอัตราส่วน (๑๐๐ : ๑)
๓. มีคนพิการที่ทำงานอยู่แล้ว ตามมาตรา ๓๓ =คน
๔. ส่งเงินเข้ากองทุนฯ แทนการรับคนพิการเข้าทำงาน ตามมาตรา ๓๔ =บาท
๕. ให้สัมปทาน จัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ = คน
 จัดจ้างเหมาช่วงงาน ผูกงานหรือให้การช่วยเหลืออื่นใดแก่คนพิการ
 หรือผู้ดูแลคนพิการ ตามมาตรา ๓๕ (พร้อมแนบสัญญา)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

๕๖ ทิ้ง โสรังค์พท์

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

[illegible]

หมายเหตุ: แบบสำรวจนี้ หรือ บัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ของคนพิการทำงานในสถานประกอบการ

แบบส่งเงินเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ประจำปี ๒๕๕๕

ชื่อนายจ้าง/สถานประกอบการ.....

เลขทะเบียนนายจ้าง (ตามประกันสังคม).....เลขที่สาขา.....

ที่ตั้ง.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

รายละเอียด	จำนวน (คน/บาท)	หมายเหตุ
๑. จำนวนลูกจ้างในสถานประกอบการ		
๒. จำนวนคนพิการที่ต้องการรับเข้าทำงานตามอัตราส่วน (๑๐๐ : ๑)		
๓. จำนวนคนพิการที่ทำงานอยู่แล้ว		
๔. ขอส่งเงินเข้ากองทุนฯ แทนการรับคนพิการเข้าทำงาน (วิธีคำนวณ อัตราต่ำสุดของอัตราค่าจ้างขั้นต่ำตามกฎหมายว่าด้วยการ คุ้มครองแรงงานที่ใช้บังคับครั้งหลังสุดในปีก่อนปีที่มีหน้าที่ส่งเงินเข้ากองทุนฯ คูณด้วยสามร้อยหกสิบห้า และคูณด้วยจำนวนคนพิการที่ไม่ได้รับเข้าทำงาน)		
๕. จำนวนเงินที่ต้องส่งเข้ากองทุนฯ ทั้งสิ้น		
โดยขอส่งเป็น ☐ เช็กขีดคร่อมสั่งจ่าย “กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ” (A FUND FOR EMPOWERMENT OF PERSONS WITH DISABILITIES) ☐ ธนาณัติสั่งจ่าย “เลขาธิการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการแห่งชาติ” ☐ เงินสด		

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

ใบเสร็จรับเงินเล่มที่..... เลขที่.....

จำนวนเงิน.....บาท

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

วันที่...../...../.....