

รายงานการตรวจสอบมูลค่าการให้สัมปทาน

.....

การให้สัมปทาน

1.1 ชื่อหน่วยงานของรัฐ/สถานประกอบการ.....

สถานที่ตั้ง.....

1.2 ระยะเวลาการให้สัมปทาน.....ปี

1.3 ต้องการให้คนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการใช้สิทธิ จำนวน.....คน

1.4 ประเภทการให้สัมปทานแก่คนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ

การให้ใช้ประโยชน์จากอาคาร / สถานที่ / ทรัพย์สิน ที่อยู่ในความดูแลหรือใช้ประโยชน์ โดยเป็นการให้ใช้ประโยชน์จาก.....ของหน่วยงาน

ภาครัฐ นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการ

ผู้ขอใช้สิทธิตามมาตรา 35 เป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์ ตามหลักฐาน.....

.....

ผู้ขอใช้สิทธิตามมาตรา 35 เป็นผู้ครอบครอง ตามหลักฐาน.....

.....

มูลค่าของสัญญาเช่า.....บาท (.....)

การให้สิทธิได้จำหน่ายสินค้าหรือบริการภายใต้ลิขสิทธิ์หรือเครื่องหมายการค้า

- ระบุประเภทสินค้า หรือบริการ.....

- ระยะเวลา .....มูลค่า.....

การจัดสรรคลื่นความถี่วิทยุ/โทรทัศน์

คลื่นความถี่วิทยุ/ช่องสัญญาณโทรทัศน์.....

ช่วงเวลาตั้งแต่.....น. ถึงเวลา.....น. รวม.....ชั่วโมง

มูลค่า .....บาท (.....)

การให้สัมภาษณ์อื่นๆ.....

.....

.....

.....

**ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่**

.....

.....

.....

(ลงชื่อ) .....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจ

(.....)

ตำแหน่ง .....

**1.5 ผลการพิจารณาการให้สัมภาษณ์ของผู้ขอใช้สิทธิตามมาตรา 35**

ผ่านตามระเบียบฯ ข้อ 16 มูลค่าไม่น้อยกว่าอัตราที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงว่าด้วยการกำหนดจำนวนคนพิการที่นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการ และหน่วยงานของรัฐจะต้องรับเข้าทำงาน และจำนวนเงินที่นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการจะต้องนำส่งเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ไม่ผ่าน เนื่องจาก (ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อ) .....ผู้พิจารณาอนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง .....

รายงานการตรวจสอบมูลค่าการจัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ

.....

การจัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ

1.1 ชื่อหน่วยงานของรัฐ/สถานประกอบการ.....  
สถานที่ตั้ง.....

1.2 ระบุสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ .....

1.3 ระยะเวลาในการให้สถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ ..... ปี

1.4 ช่วงเวลาเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่..... น. ถึงเวลา .....น. รวม..... ชั่วโมง

1.5 ต้องการให้คนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการใช้สิทธิ จำนวน..... คน

1.6 สภาพทั่วไปของสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ

- สถานที่ตั้งเห็นง่าย สะดวกต่อการจำหน่ายสินค้าหรือให้บริการ
- มีสาธารณูปโภค และสิ่งอำนวยความสะดวกที่คนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้
- สถานที่มั่นคงแข็งแรง ปลอดภัย
- มีขนาดพื้นที่เหมาะสม
- อื่นๆ (ระบุ).....

1.7 หลักฐานแสดงการประเมินมูลค่าพื้นที่ต่อตารางวา / ตารางเมตร

- ผู้ขอใช้สิทธิตามมาตรา 35 เป็นเจ้าของสถานที่
  - ผู้ขอใช้สิทธิตามมาตรา 35 เช่าจากเจ้าของที่ดิน / สถานที่  
(ระบุเจ้าของสถานที่) .....
- สัญญาเช่าสิ้นสุด ณ วันที่..... ค่าเช่าตามสัญญา.....บาท  
(.....)

1.8 การคิดมูลค่าพื้นที่

- ราคาเช่าตามที่ระบุในการยื่นภาษีโรงเรือน /ที่ดิน  
ตารางเมตร/ตารางวาละ.....บาท  
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น..... บาท (.....)

ราคาเช่าที่หน่วยงานของรัฐ/สถานประกอบการได้เคยให้รัฐ/เอกชนด้วยกันเช่า  
ตารางเมตร/ตารางวาละ.....บาท  
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น..... บาท (.....)

เทียบเคียงจากราคาเช่าพื้นที่ใกล้เคียงกับหน่วยงานของรัฐ/สถานประกอบการ  
ตารางเมตร/ตารางวาละ.....บาท  
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น..... บาท (.....)

กรณีพื้นที่มีมูลค่าไม่ครบตามที่กำหนดในระเบียบฯ หน่วยงานของรัฐ/สถานประกอบการได้จัดเตรียมอุปกรณ์/  
บริการอื่นๆ เพิ่มเติม (ระบุ).....รวมมูลค่า.....

**ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่**

.....  
.....

(ลงชื่อ) .....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจ

(.....)

ตำแหน่ง .....

**1.9 ผลการพิจารณาการจัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ**

ผ่านตามระเบียบฯ ข้อ 19 มูลค่าการดำเนินงานไม่น้อยกว่าอัตราที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงว่าด้วย  
การกำหนดจำนวนคนพิการที่นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการและหน่วยงานของรัฐจะต้อง  
รับเข้าทำงาน และจำนวนเงินที่นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการจะต้องนำส่งเข้ากองทุน  
ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ไม่ผ่าน เนื่องจาก (ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อ) .....ผู้พิจารณาอนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง .....

รายงานการตรวจสอบมูลค่าการจัดจ้างเหมาช่วงงานหรือจ้างเหมาบริการ

.....

การจัดจ้างเหมาช่วงงานหรือจ้างเหมาบริการ

1.1 ชื่อหน่วยงานของรัฐ/สถานประกอบการ.....  
สถานที่ตั้ง.....

1.2 ระยะเวลาดำเนินการ.....เดือน/ปี

1.3 ต้องการให้คนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการใช้สิทธิ จำนวน.....คน

1.4 ลักษณะงานที่จ้างเหมาช่วงงานหรือจ้างเหมาบริการ

ลักษณะงาน.....

ระยะเวลาการจ้างเหมาช่วงงาน.....เดือน/ปี

มูลค่าของกำไร.....บาท

ระบุรายละเอียดประมาณการค่าวัสดุ อุปกรณ์ หรือเงินลงทุนของคนพิการ..... บาท

หรือ

มูลค่าของค่าตอบแทนหรือค่าแรง.....บาท

ระบุรายละเอียดประมาณการค่าวัสดุ อุปกรณ์ หรือเงินลงทุนของคนพิการ.....บาท

ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่

.....  
.....

(ลงชื่อ) .....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจ

(.....)

ตำแหน่ง .....

1.5 ผลการพิจารณาการจัดจ้างเหมาช่วงงานหรือจ้างเหมาบริการ

ผ่านตามระเบียบฯ ข้อ 23 มูลค่าไม่น้อยกว่าอัตราที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงว่าด้วยการกำหนดจำนวนคนพิการที่นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการและหน่วยงานของรัฐจะต้องรับเข้าทำงาน และจำนวนเงินที่นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการจะต้องนำส่งเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ไม่ผ่านเนื่องจาก (ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อ) .....ผู้พิจารณาอนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง .....

รายงานการตรวจสอบมูลค่าการฝึกงาน

.....

การฝึกงาน

- 1.1 ชื่อหน่วยงานของรัฐ/สถานประกอบการ.....  
สถานที่ตั้ง.....
- 1.2 ชื่อหลักสูตรในการฝึกงาน.....
- 1.3 ระยะเวลาการฝึกงาน.....เดือน ต้องการให้คนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการใช้สิทธิ จำนวน.....คน
- 1.4 การเห็นชอบหลักสูตร
  - ผ่านการเห็นชอบหลักสูตรจากกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน
  - เป็นหลักสูตรของเอกชนซึ่งได้รับการเห็นชอบจากทางราชการ
- 1.5 มูลค่าหลักสูตร.....บาท (.....)

ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่

.....  
.....  
.....

(ลงชื่อ) .....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจ  
(.....)  
ตำแหน่ง .....

1.6 ผลการพิจารณาการฝึกงาน

- ผ่านตามระเบียบฯ ข้อ 28 มูลค่าไม่น้อยกว่าอัตราที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงว่าด้วยการกำหนดจำนวนคนพิการที่นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการและหน่วยงานของรัฐจะต้องรับเข้าทำงาน และจำนวนเงินที่นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการจะต้องนำส่งเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
- ไม่ผ่านเนื่องจาก (ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อ) .....ผู้พิจารณาอนุมัติ  
(.....)  
ตำแหน่ง .....

รายงานการตรวจสอบมูลค่าการจัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก

.....

การจัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก

ระบุประเภทอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก.....

มูลค่า.....บาท

- ตามแผนงาน/โครงการที่ได้รับอนุมัติ เมื่อวันที่.....

- ประมาณการค่าใช้จ่าย.....บาท

- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....

.....  
.....

ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่

.....  
.....  
.....  
.....

(ลงชื่อ) .....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจ

(.....)

ตำแหน่ง .....

ผลการพิจารณาการจัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก

ผ่านตามระเบียบฯ ข้อ 31 มูลค่าไม่น้อยกว่าอัตราที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงว่าด้วยการกำหนดจำนวนคนพิการที่นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการและหน่วยงานของรัฐจะต้องรับเข้าทำงาน และจำนวนเงินที่นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการจะต้องนำส่งเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ไม่ผ่านเนื่องจาก (ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อ) .....ผู้พิจารณาอนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง .....

รายงานการตรวจสอบมูลค่าล่ามภาษามือ

.....

ล่ามภาษามือ

จำนวนล่ามภาษามือ..... คน      จำนวนลูกจ้างพิการทางการได้ยิน..... คน

ค่าจ้างล่ามภาษามือ..... บาท/เดือน/ปี

ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

(ลงชื่อ) .....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจ

(.....)

ตำแหน่ง .....

ผลการพิจารณาการจัดให้มีบริการล่ามภาษามือ

ผ่านตามระเบียบฯ ข้อ 34 มูลค่าไม่เกินอัตราที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงว่าด้วยการกำหนดจำนวน  
คนพิการที่นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการและหน่วยงานของรัฐจะต้องรับเข้าทำงาน  
และจำนวนเงินที่นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการจะต้องนำส่งเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนา  
คุณภาพชีวิตคนพิการ

ไม่ผ่านเนื่องจาก (ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อ) .....ผู้พิจารณาอนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง .....



รายงานการตรวจสอบมูลค่าการให้ความช่วยเหลืออื่นใด

.....

การให้ความช่วยเหลืออื่นใด

- สนับสนุนเงิน/วัสดุ/อุปกรณ์/ครุภัณฑ์/เครื่องมือ/ทรัพย์สิน  
 (ระบุประเภทสิ่งของที่ให้).....  
 (ระบุจำนวนสิ่งของที่ให้)..... มีอายุการใช้งานมาแล้ว..... ปี  
 - มูลค่าสิ่งของที่ให้ทั้งหมด จำนวน.....บาท
  
- สั่งซื้อสินค้าหรือผลิตภัณฑ์จากคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ  
 ชื่อ.....สกุล.....เลขประจำตัวคนพิการ.....  
 ที่อยู่.....  
 ประเภทสินค้า/ผลิตภัณฑ์.....  
 จำนวน.....ชิ้นฯลฯ.....บาท รวมมูลค่า.....บาท  
 (.....) ระยะเวลาการจัดซื้อ.....เดือน/ปี  
 พร้อมนี้แนบสำเนาสัญญาซื้อขาย  
 ผลกำไรที่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการได้รับ.....บาท

ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่

.....  
.....  
.....

(ลงชื่อ) .....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจ  
(.....)  
ตำแหน่ง .....

ผลการพิจารณาการให้ความช่วยเหลืออื่นใด

- ผ่านตามระเบียบฯ ข้อ 36 มูลค่าไม่น้อยกว่าอัตราที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงว่าด้วยการกำหนดจำนวน  
 คนพิการที่นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการและหน่วยงานของรัฐจะต้องรับเข้าทำงาน และจำนวน  
 เงินที่นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการจะต้องนำส่งเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต  
 คนพิการ
- ไม่ผ่านเนื่องจาก (ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อ) .....ผู้พิจารณาอนุมัติ  
(.....)  
ตำแหน่ง .....