



แบบคำขอการให้สัมปทาน

เลขที่คำขอ.....
วันที่รับคำขอ.....
สจก./สจจ.....

เรียน จัดหางานจังหวัดสมุทรปราการ

ชื่อหน่วยงานของรัฐ / สถานประกอบการ.....

ที่อยู่.....

พร้อมแบบคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้ยื่นเอกสารและหลักฐาน ดังต่อไปนี้

- สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท ซึ่งกรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ ออกให้
ไม่เกิน 6 เดือน / ภพ.20
- หนังสือมอบอำนาจจากกรรมการฯ ตัดอากรแสตมป์ 30 บาท พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบ
และผู้รับมอบอำนาจ
- แบบแจ้งขอให้สิทธิตามมาตรา 35 (กกจ.พก.2)
- ภาพถ่ายสถานที่ / ทรัพย์สิน

การให้ใช้ประโยชน์จากอาคาร/สถานที่ / ทรัพย์สิน

- สำเนาหนังสือแสดงกรรมสิทธิ์ที่ดิน / อาคาร / ทรัพย์สิน
- ใบแสดงรายละเอียดมูลค่า

การให้สิทธิได้จำหน่ายสินค้าหรือบริการ

- ใบเสนอราคารายละเอียดสินค้าหรือบริการ

การจัดสรรคลื่นความถี่วิทยุ / โทรทัศน์

- ใบเสนอราคารายละเอียดอัตราค่าเช่าสถานีวิทยุ / โทรทัศน์

ลงชื่อ..... กรรมการ/ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....

วัน/เดือน/ปี.....



แบบแจ้งขอใช้สิทธิตามมาตรา 35
(หน่วยงานของรัฐ/สถานประกอบการ)

กกจ.พ.ก.2

เรียน จัดหางานจังหวัดสมุทรปราการ

1. เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / เลขนิติบุคคล.....
2. ชื่อหน่วยงานของรัฐ / สถานประกอบการ.....ประเภทกิจการ.....
3. สถานที่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์/โทรสาร.....E-mail.....
4. ชื่อบุคคลที่ติดต่อ.....โทรศัพท์/โทรสาร.....
5. เลขที่บัตรประจำตัวนายจ้าง.....ออกให้ ณ.....
6. หน่วยงานของรัฐ/สถานประกอบการมีผู้ปฏิบัติงาน จำนวน.....คน อัตราส่วน 100:1 ต้องรับคนพิการ จำนวน.....คน
ได้จ้างคนพิการเข้าทำงานแล้วตามมาตรา 33 จำนวน.....คน ประสงค์ให้คนพิการใช้สิทธิตามมาตรา 35 จำนวน.....คน
7. ประเภทการขอใช้สิทธิ ให้สัมปทาน จัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ จัดจ้างเหมาช่วงงานหรือจ้างเหมาบริการ ฝึกงาน
 จัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก ถ่ามภาษามือ ให้ความช่วยเหลืออื่นใด

ลำดับที่	รายละเอียดการขอใช้สิทธิ	จำนวนคนพิการ ที่ต้องการให้ใช้สิทธิ	มูลค่าการให้ใช้สิทธิ (บาท)	ระยะเวลา ดำเนินการ	หมายเหตุ

ลงชื่อ.....กรรมการ/ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับแจ้ง
(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

สัญญาการให้สัมปทาน

(การให้ใช้ประโยชน์จากอาคาร สถานที่ หรือทรัพย์สิน)

สัญญาเลขที่..... /

สัญญาฉบับนี้ทำขึ้น ณ.....

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

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ระหว่าง.....

โดย.....

ซึ่งต่อไปนี้สัญญานี้เรียกว่า “ผู้ให้สิทธิ” ฝ่ายหนึ่ง กับ.....

หมายเลขประจำตัวประชาชนเลขที่.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

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

วันออกบัตรคนพิการ.....บัตรหมดอายุคนพิการ.....

ปรากฏตามสำเนาเอกสารแนบท้ายสัญญานี้ ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “ผู้รับสิทธิ” อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงกัน
ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ผู้ให้สิทธิตกลงที่จะให้ผู้รับสิทธิเข้ามาใช้ประโยชน์จากอาคาร สถานที่ หรือทรัพย์สินตามรายการ ดังนี้

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

ข้อ 2 มูลค่าการให้ใช้สิทธิในสัมปทาน เป็นเงิน.....บาท (ตัวอักษร.....)

ข้อ 3 ระยะเวลาการให้สิทธิ.....ปี เริ่มตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อ 4 ผู้ให้สิทธิมีหน้าที่ ดังนี้.....

.....
.....

ข้อ 5 ผู้รับสิทธิมีหน้าที่ ดังนี้.....

.....
.....

สัญญานี้ทำขึ้นสองฉบับมีข้อความถูกต้องครบถ้วน ทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความในสัญญา
โดยตลอดแล้ว จึงลงลายชื่อไว้เป็นสำคัญ และได้เก็บสัญญาไว้ฝ่ายละฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ให้สิทธิ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับสิทธิ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)



แบบขึ้นทะเบียนขอใช้สิทธิตามมาตรา 35
(คนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ)

รูปถ่าย 1 นิ้ว

คนพิการขอใช้สิทธิด้วยตนเอง

1. เลขบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวคนพิการ
2. ประเภทความพิการ การเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว จิตใจ สติปัญญา การเรียนรู้ ออทิสติก
3. ชื่อ-สกุล ด.ช./ด.ญ. นาย/นาง/นางสาว ชื่อ.....นามสกุล.....
4. ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ ชื่ออาคาร.....ชั้นที่.....เลขที่.....หมู่ที่.....
ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....E-mail.....
สถานที่ใกล้เคียง.....
5. วัน / เดือน / ปีเกิด.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....ศาสนา.....
6. สถานภาพ 1. โสด 2. สมรส 3. อื่น ๆ (ระบุ).....
7. สำเร็จการศึกษา ต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า
 ปริญญาตรี ปริญญาโทขึ้นไป อื่น ๆ (ระบุ).....

ผู้ดูแลคนพิการขอใช้สิทธิแทนคนพิการ

1. เลขบัตรประจำตัวประชาชน
2. ชื่อ-สกุล (นาย / นาง / นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....
3. ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ ชื่ออาคาร.....ชั้นที่.....เลขที่.....หมู่ที่.....
ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....E-mail.....
สถานที่ใกล้เคียง.....
4. วัน / เดือน / ปีเกิด.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....ศาสนา.....
5. สถานภาพ 1. โสด 2. สมรส 3. อื่น ๆ (ระบุ).....
6. สำเร็จการศึกษา ต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า
 ปริญญาตรี ปริญญาโทขึ้นไป อื่น ๆ (ระบุ).....
7. ใช้สิทธิแทนคนพิการ ด.ช./ด.ญ. นาย/นาง/นางสาว ชื่อ.....นามสกุล.....
8. เลขบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวคนพิการ
9. ความเกี่ยวข้องกับคนพิการ

กรณีคนพิการยินยอมให้ผู้ดูแลคนพิการใช้สิทธิตามมาตรา 35 แทน

ข้าพเจ้า.....ถือบัตรประจำตัวคนพิการเลขที่.....

ยินยอมให้.....ซึ่งเป็นผู้ดูแลข้าพเจ้าและมีชื่อในบัตรประจำตัวคนพิการ

ดำเนินการขึ้นทะเบียนขอใช้สิทธิตามมาตรา 35 แทนข้าพเจ้า เนื่องจาก

- เป็นผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 20 ปีบริบูรณ์) เป็นผู้สูงอายุ (อายุ 70 ปีขึ้นไป)
- เป็นคนไร้ความสามารถ/เสมือนไร้ความสามารถ (พิจารณาจากคำสั่งศาล)
- เป็นคนพิการซึ่งมีสภาพความพิการขั้นที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ โดยมีหนังสือรับรองจากกรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หรือศูนย์บริการคนพิการระดับจังหวัด

ลงชื่อ.....คนพิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ประเภทการขอใช้สิทธิตามมาตรา 35

- สัมปทาน ระบุประเภทสัมปทาน.....
- สถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ ระบุขนาดพื้นที่ที่ต้องการใช้ประกอบกิจการ.....ตารางเมตร
ระบุประเภทกิจการ.....
- จ้างเหมาช่วงงาน หรือจ้างเหมาบริการ ระบุประเภทงาน.....
- ฝึกงาน ระบุหลักสูตรที่ต้องการฝึกงาน.....
- จัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก
- ล่ามภาษามือ
- ให้ความช่วยเหลืออื่น ๆ (ระบุ).....

ระยะเวลาการขอใช้สิทธิ..... ปี/เดือน (ตั้งแต่วันที่.....)

- ยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540
- ยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (PDPA)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลการขึ้นทะเบียนขอใช้สิทธิตามมาตรา 35 เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขึ้นทะเบียนขอใช้สิทธิ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แบบแจ้งเข้าทำสัญญาขอใช้สิทธิตามมาตรา 35

วันที่.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

เรียน.....

ที่อยู่.....

.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ประเภทการขอรับสิทธิตามมาตรา 35 (ระบุ).....

ปฏิบัติตามเส้นปรุ (ส่งคนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ)

กรมการจัดหางานประสานสถานประกอบการ/หน่วยงานของรัฐ

ชื่อ (สถานประกอบการ/หน่วยงานของรัฐ).....

ที่อยู่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

สถานที่ใกล้เคียง..... โทรศัพท์..... ชื่อผู้ติดต่อ.....

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่จัดหางาน

นายจ้าง กรุณากรอกแล้วส่งกลับทางไปรษณีย์/โทรศัพท์/โทรสาร

1. รับเข้าทำสัญญา เมื่อวันที่.....

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1.1 ให้สัมปทาน(ระบุ)..... | <input type="checkbox"/> 1.2 จัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ |
| <input type="checkbox"/> 1.3 จ้างเหมาช่วงงาน/จ้างเหมาบริการ | <input type="checkbox"/> 1.4 ฝึกงาน |
| <input type="checkbox"/> 1.5 จัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก | <input type="checkbox"/> 1.6 ล่ามภาษามือ |
| <input type="checkbox"/> 1.7 ให้ความช่วยเหลืออื่นใด | |

หมายเหตุ ส่งพร้อมสำเนาสัญญา จำนวน 1 ชุด

2. ไม่รับเข้าทำสัญญา เนื่องจาก.....

.....

.....

ลงชื่อ..... กรรมการ/ผู้รับมอบอำนาจ
ตำแหน่ง.....

ปฏิบัติตามเส้นปรุ (ตอบกลับสำนักงานจัดหางาน)

ส่ง สำนักงานจัดหางานจังหวัดสมุทรปราการ
ที่อยู่ 176 หมู่ที่ 8 ถนน เทพารักษ์.....
ตำบล บางพลีใหญ่ อำเภอ บางพลี.....
จังหวัด สมุทรปราการ รหัสไปรษณีย์ 10540.....
โทรศัพท์ 0-2395-5992 โทรสาร 0-2395-5994.....

รายละเอียดการประเมินมูลค่าตามมาตรา 35 (การสัมปทาน)

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550

ชื่อสถานประกอบการ.....

พื้นที่ หมายเลข	ชื่อ-นามสกุล	เลขบัตรประจำตัวคนพิการ	ราคาสินค้า (บาท/เครื่อง)	ประเภทสินค้า	มูลค่า (บาท)	หมายเหตุ
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						

ลงชื่อ.....นายจ้าง/ผู้ให้ข้อมูล
(.....)



เขียนที่.....

.....

วันที่.....

เรื่อง การยืนยันสิทธิของคนพิการ

เรียน จัดหางานจังหวัดสมุทรปราการ

อ้างถึง ระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการให้สัมปทาน จัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ จัดจ้างเหมาช่วงงานหรือจ้างเหมา บริการโดยวิธีการกรณีพิเศษฝึกงาน หรือจัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก ล่ามภาษามือ หรือให้ความช่วยเหลืออื่นใดแก่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๘ ในส่วนที่ ๒ การให้สิทธิและ การขอรับสิทธิ ข้อ ๑๑ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการอาจยื่นขอรับสิทธิได้หลายแห่ง โดยการขอรับสิทธิ ตามข้อ ๑๐ ไม่เป็นการตัดสิทธิคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการที่จะขอรับการสนับสนุน โดยตรงจาก หน่วยงานของรัฐ นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการ แต่รับสิทธิได้เพียงแห่งเดียว

ตามที่บริษัท.....ได้ยื่นเอกสาร การขอใช้สิทธิตามมาตรา ๓๕ โดยวิธี.....แยกเป็น ชาย.....คน และหญิง.....คน รวมทั้งหมด.....คน ให้สำนักงานจัดหางานจังหวัด สมุทรปราการตรวจสอบ นั้น

บริษัท ฯ ได้ปฏิบัติตามระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ อย่างเคร่งครัด หากตรวจสอบภายหลัง แล้ว ปรากฏว่าข้อมูลไม่ตรงตามความเป็นจริง บริษัท ฯ พร้อมยินยอมดำเนินการตามเงื่อนไขของกฎหมายต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ.....ผู้แจ้ง

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ตำแหน่ง.....