



แบบคำขอการจัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก

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

เรียน จัดหางานจังหวัดสมุทรปราการ

ชื่อหน่วยงานของรัฐ /สถานประกอบการ.....

ที่อยู่.....

พร้อมแบบคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้ยื่นเอกสารและหลักฐาน ดังต่อไปนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวนายจ้าง
- สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท (เฉพาะหน้าแรก และหน้าระบุวันที่ออกหนังสือรับรอง) หนังสือรับรองฯ ไม่เกิน 6 เดือน / ภพ.20
- หนังสือมอบอำนาจจากกรรมการฯ ตีอากร 30 บาท พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบ และผู้รับมอบอำนาจ
- แบบแจ้งขอให้สิทธิตามมาตรา 35 (กกจ.พก.2)
- แผนงาน/โครงการจัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก พร้อมแจ้งรายละเอียดประมาณการ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ
- ใบประมาณการค่าใช้จ่าย

ลงชื่อกรรมการ/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

ลงชื่อกรรมการ/ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)
วัน/เดือน/ปี.....

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับแจ้ง
(.....)
วัน/เดือน/ปี.....

สัญญาการจัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก

สัญญาเลขที่...../.....

สัญญาฉบับนี้ทำขึ้น ณ.....

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

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

โดย.....

ซึ่งต่อไปนี้สัญญานี้เรียกว่า “ผู้ว่าจ้าง” ฝ่ายหนึ่ง กับ.....

หมายเลขประจำตัวประชาชนเลขที่.....

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

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

วันออกบัตร.....บัตรหมดอายุ.....

ปรากฏตามสำเนาเอกสารแนบท้ายสัญญานี้ ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “ผู้รับจ้าง” อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงกันดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ผู้ว่าจ้างได้ตกลงให้ผู้รับจ้างจัดสร้างอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก (ระบุ).....

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

โดยตกลงจ่ายเป็นรายเดือน/งวด.....บาท (ตัวอักษร.....)

ข้อ 3 ผู้รับจ้างตกลงรับที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในกำหนด.....เดือน/ปี

โดยเริ่มดำเนินการ ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อ 4 ข้อตกลงเกี่ยวกับการส่งมอบงาน.....

ข้อ 5 ข้อตกลงพิเศษหรือเงื่อนไขอื่น ๆ (ถ้ามี).....

/สัญญา...

สัญญาฉบับนี้ทำขึ้นสองฉบับมีข้อความถูกต้องครบถ้วน ทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความในสัญญาโดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ และได้เก็บสัญญาไว้ฝ่ายละฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ว่าจ้าง
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับจ้าง
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ สัญญาฉบับนี้เป็นสัญญาที่จัดทำขึ้นระหว่างนายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการกับบริษัทหรือบุคคลที่รับจ้างสร้างอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก



แบบขึ้นทะเบียนขอใช้สิทธิตามมาตรา 35
(คนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ)

รูปถ่าย 1 นิ้ว

คนพิการขอใช้สิทธิด้วยตนเอง

1. เลขบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวคนพิการ
2. ประเภทความพิการ การเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว จิตใจ สติปัญญา การเรียนรู้ ออทิสติก
3. ชื่อ-สกุล 1. ด.ช./ด.ญ. 2. นาย/นาง/นางสาว ชื่อ.....นามสกุล
4. ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ ชื่ออาคาร / บ้าน ชั้นที่ เลขที่ หมู่ที่
ซอย..... ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด
- รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ 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 / บ้าน ชั้นที่ เลขที่ หมู่ที่
ซอย..... ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด
- รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ 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. ใช้สิทธิแทนคนพิการชื่อ-สกุล นาย/นาง/นางสาว ชื่อ.....นามสกุล.....
8. เลขบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวคนพิการ
9. เกี่ยวข้องกับคนพิการ

กรณีคนพิการยินยอมให้ผู้ดูแลคนพิการใช้สิทธิตามมาตรา 35 แทน

ข้าพเจ้าถือบัตรประจำตัวคนพิการเลขที่.....

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 ระบุขนาดพื้นที่ที่ต้องการใช้ประกอบกิจการตารางเมตร
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

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.....



เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง การยืนยันสิทธิของคนพิการ / ผู้ดูแลคนพิการ

เรียน จัดหางานจังหวัดสมุทรปราการ

อ้างถึง ระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการให้สัมปทาน จัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ จัดจ้างเหมาช่วงงานหรือจ้างเหมาบริการโดยวิธีการกรณีพิเศษฝึกงาน หรือจัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก ล่ามภาษามือ หรือให้ความช่วยเหลืออื่นใดแก่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๘ ในส่วนที่ ๒ การให้สิทธิและการขอรับสิทธิ ข้อ ๑๑ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการอาจยื่นขอรับสิทธิได้หลายแห่ง โดยการขอรับสิทธิตามข้อ ๑๐ ไม่เป็นการตัดสิทธิคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการที่จะขอรับการสนับสนุน โดยตรงจากหน่วยงานของรัฐ 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
แล้วปรากฏว่าข้อมูลไม่ตรงตามความเป็นจริง บริษัท ฯ พร้อมยินยอมดำเนินการตามเงื่อนไขของกฎหมาย
ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ.....ผู้แจ้ง

(.....) ตัวบรรจง

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) ตัวบรรจง

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) ตัวบรรจง

ตำแหน่ง.....