# แบบคำขอการให้ความช่วยเหลืออื่นใด

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

เรียน จัดหางานจังหวัดสมุทรปราการ
ชื่อหน่วยงานของรัฐ /สถานประกอบการ.....
ที่อยู่.....

พร้อมแบบคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้ยื่นเอกสารและหลักฐาน ดังต่อไปนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวนายจ้าง

☐ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท (เฉพาะหน้าแรก และหน้าระบุวันที่ออกหนังสือรับรอง) หนังสือรับรองฯ ไม่เกิน 6 เดือน / ภพ.20

☐ หนังสือมอบอำนาจจากกรรมการฯ ติดอากร 30 บาท พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจ

☐ แบบแจ้งขอให้สิทธิตามมาตรา 35 (กกจ.พก.2)

**การสนับสนุนด้านการเงิน วัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ เครื่องมือ หรือทรัพย์สิน**

☐ ใบแสดงรายละเอียด / ใบเสนอราคา (พร้อมแจงประเภท จำนวน และมูลค่า)

**การซื้อสินค้าคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ**

☐ ใบเสนอราคาสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ (พร้อมแจงรายละเอียดต้นทุน และกำไร/ชิ้น)

ลงชื่อ .....ผู้ยื่นแบบคำขอ
(.....)
ตำแหน่ง.....
หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....
วัน/เดือน/ปี.....

# แบบแจ้งขอใช้สิทธิตามมาตรา 35

**(หน่วยงานของรัฐ/สถานประกอบการ)**

กกจ.พก.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 ☐ ล่ามภาษามือ ☐ ให้ความช่วยเหลืออื่นใด

| ลำดับที่ | รายละเอียดการขอใช้สิทธิ | จำนวนคนพิการ ที่ต้องการให้ใช้สิทธิ | มูลค่าการให้ใช้สิทธิ (บาท) | ระยะเวลา ดำเนินการ | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

ลงชื่อ .....กรรมการ/ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)
วัน/เดือน/ปี.....

ลงชื่อ .....เจ้าหน้าที่ผู้รับแจ้ง
(.....)
วัน/เดือน/ปี.....

# <u>สัญญาการให้ความช่วยเหลืออื่นใด</u>

## (การสนับสนุนเงิน วัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ เครื่องมือ หรือทรัพย์สินอื่นใด)

สัญญาเลขที่...../.....

สัญญาฉบับนี้ทำขึ้น ณ.....

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

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

โดย.....

.....

ซึ่งต่อไปนี้สัญญานี้เรียกว่า “ผู้ให้” ฝ่ายหนึ่ง กับ.....

หมายเลขประจำตัวประชาชนเลขที่.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน/ซอย.....

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

วันออกบัตร.....บัตรหมดอายุ.....

ปรากฏตามสำเนาเอกสารแนบท้ายสัญญานี้ ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “ผู้รับ” อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงกันดังต่อไปนี้

**ข้อ 1** ผู้ให้ตกลงให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับ ดังนี้ (ระบุ).....

.....

.....

**ข้อ 2** มูลค่าการให้ความช่วยเหลือ.....บาท (ตัวอักษร.....)

**ข้อ 3** ระยะเวลาการให้ความช่วยเหลือมีกำหนด.....เดือน/ปี

โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**ข้อ 4** ข้อตกลงพิเศษหรือเงื่อนไขอื่น ๆ (ถ้ามี).....

.....

.....

.....

.....

.....

/สัญญา...

สัญญานี้ทำขึ้นสองฉบับมีข้อความถูกต้องครบถ้วน ทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความในสัญญานี้ โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ และได้เก็บสัญญาไว้ฝ่ายละฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ให้

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับ

(.....)

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 ◯ 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 .....

/กรณี...

**กรณีคนพิการยินยอมให้ผู้ดูแลคนพิการใช้สิทธิตามมาตรา 35 แทน**

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

ยินยอมให้.....ซึ่งเป็นผู้ดูแลข้าพเจ้าและมีชื่อในบัตรประจำตัวคนพิการ

**<u>ดำเนินการขึ้นทะเบียนขอใช้สิทธิตามมาตรา 35 แทนข้าพเจ้า เนื่องจาก</u>**

◯ เป็นผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 20 ปีบริบูรณ์) ◯ เป็นผู้สูงอายุ (อายุ 70 ปีขึ้น)

◯ 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)

**ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลการขึ้นทะเบียนขอใช้สิทธิตามาตรา 35 เป็นความจริงทุกประการ**

ลงชื่อ ..... ผู้ขึ้นทะเบียนขอใช้สิทธิ

วันที่ .....

# แบบแจ้งเข้าทำสัญญาขอใช้สิทธิตามมาตรา 35

วันที่.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

เรียน.....

ที่อยู่.....

.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ประเภทการขอรับสิทธิตามมาตรา 35 (ระบุ).....

พับตามเส้นปรุ (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.....

☐ 1.1 ให้สัมปทาน(ระบุ).....
☐ 1.2 จัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ
☐ 1.3 จ้างเหมาช่วงงาน/จ้างเหมาบริการ
☐ 1.4 ฝึกงาน
☐ 1.5 จัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก
☐ 1.6 ล่ามภาษามือ
☐ 1.7 ให้ความช่วยเหลืออื่นใด

**<u>หมายเหตุ</u>** <u>ส่งพร้อมสำเนาสัญญา จำนวน 1 ชุด</u>

2. ไม่รับเข้าทำสัญญา เนื่องจาก.....

.....

.....

ลงชื่อ.....กรรมการ/ผู้รับมอบอำนาจ

ตำแหน่ง.....

---

พับตามเส้นปรุ (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 วิธีการและเงื่อนไขการให้สัมปทาน จัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ จัดจ้างเหมาช่วงงานหรือจ้างเหมาบริการโดยวิธีการกรณีพิเศษฝึกงาน หรือจัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก ล่ามภาษามือหรือให้ความช่วยเหลืออื่นใดแก่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๘ ในส่วนที่ ๒ การให้สิทธิและการขอรับสิทธิ ข้อ ๑๑ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการอาจยื่นขอรับสิทธิได้หลายแห่ง โดยการขอรับสิทธิตามข้อ ๑๐ ไม่เป็นการตัดสิทธิคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการที่จะขอรับการสนับสนุน โดยตรงจากหน่วยงานของรัฐ นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการ แต่รับสิทธิได้เพียงแห่งเดียว

ตามที่บริษัท.....ได้ยื่นเอกสารการขอใช้สิทธิตามมาตรา ๓๕ โดยวิธี.....แยกเป็นชาย.....คน และหญิง.....คน รวมทั้งหมด.....คน ให้สำนักงานจัดหางานจังหวัดสมุทรปราการตรวจสอบ นั้น

บริษัท ฯ ได้ปฏิบัติตามระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ อย่างเคร่งครัด หากตรวจสอบภายหลังแล้วปรากฏว่าข้อมูลไม่ตรงตามความเป็นจริง บริษัท ฯ พร้อมยินยอมดำเนินการตามเงื่อนไขของกฎหมายต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ.....ผู้แจ้ง
(.....) ตัวบรรจง
ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) ตัวบรรจง
ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) ตัวบรรจง
ตำแหน่ง.....