

รายงานการชี้แจงการให้สิทธิ/รับสิทธิ
(การให้ความช่วยเหลืออื่นใด)

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ)นามสกุล.....อายุ.....ปี
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....

ซึ่งเป็น คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ (โปรดทำเครื่องหมาย ✓)

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน/หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ.....

ได้รับทราบรายละเอียดและหลักเกณฑ์การได้รับสิทธิตามมาตรา ๓๕ จากเจ้าหน้าที่

(ชื่อ - นามสกุล).....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน..... ดังนี้

การให้ความช่วยเหลืออื่นใด (กรุณาเลือก)

กรณีสนับสนุนเงินทุนเพื่อการประกอบอาชีพ

- ประเภท (ระบุ).....
- จำนวนเงินในการสนับสนุน.....บาท
- รูปแบบและวิธีการจ่ายเงิน (โอนเข้าบัญชีธนาคาร/เงินสด/อื่นๆ (ระบุ).....
- ระยะเวลาในการจ่ายเงิน (กรณีจ่ายเป็นงวดๆ ละ) (ระบุ).....

กรณีสนับสนุนวัสดุ/อุปกรณ์/ครุภัณฑ์/เครื่องมือ/ทรัพย์สิน เพื่อการประกอบอาชีพ

- ประเภท (ระบุ).....
 - มูลค่า/ชิ้น.....บาท
 - จำนวน.....ชิ้น
 - มูลค่ารวมทั้งหมด.....บาท
 - แนบเอกสารประกอบการคำนวณมูลค่า (ใบเสนอราคา/เอกสารอื่นที่ยืนยันมูลค่า).....
- (หมายเหตุ : กรณีมีมากกว่า ๑ รายการ กรุณาแนบเอกสารรายการ วัสดุ/อุปกรณ์ ฯลฯ ประกอบเพิ่มเติม)

การซื้อสินค้า/บริการ จากคนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ

- ประเภทสินค้า/บริการ.....
- มูลค่า (กรณารับโดยรายละเอียด).....บาท จำนวน.....ชิ้น
- มูลค่ารวมทั้งสิ้น.....บาท (.....)
- ระยะเวลาการจัดซื้อ.....(เดือน/ปี)
- ราคาที่จะนำไปจำหน่าย.....บาท/ชิ้น รวมมูลค่า.....บาท
- ต้นทุนสินค้าบาท/ชิ้น รวมมูลค่า.....บาท
- (ราคาสินค้า - ต้นทุนสินค้า=กำไร)
- ผลกำไรที่ผู้รับสิทธิจะได้รับ.....บาท (.....)

- อื่นๆ
- ประเภท (ระบุ).....
 - มูลค่า (กรณารระบุโดยรายละเอียด).....บาท จำนวน.....ชิ้น
 -
 - มูลค่ารวมทั้งสิ้น.....บาท (.....)
 - ระยะเวลาการจัดซื้อ.....เดือน/ปี
 - ราคาขายบาท/ชิ้น รวมมูลค่า.....บาท
 - ต้นทุนสินค้าบาท/ชิ้น รวมมูลค่า.....บาท
 - (ราคาสินค้า - ต้นทุนสินค้า=กำไร)
 - ผลกำไรที่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการได้รับ.....บาท
 - (.....)

*****หมายเหตุ***** กรณีการจ่ายเงินให้แก่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ ที่ได้รับสิทธิตามมาตรา ๓๕ ให้ดำเนินการจ่ายเงินให้ผู้ที่ได้รับสิทธิโดยตรง ในรูปแบบการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร หรือการจ่ายเงินผ่านระบบ E-Payment เท่านั้น

ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่

.....
.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบและชี้แจง
(.....)

ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ).....คนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

สำหรับหน่วยรับแจ้ง

ผลการพิจารณาการให้ความช่วยเหลืออื่นใด

- ผ่านตามระเบียบฯ ข้อ ๓๖ มูลค่าไม่น้อยกว่าอัตราที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงว่าด้วยการกำหนดจำนวนคนพิการที่นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการและหน่วยงานของรัฐจะต้องรับเข้าทำงาน และจำนวนเงินที่นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการจะต้องนำส่งเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ไม่ผ่านเนื่องจาก (ระบุเหตุผล).....

.....
.....

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ(หน่วยรับแจ้ง)

(.....)

ตำแหน่ง.....
