

**รายงานการชี้แจงการให้สิทธิ/รับสิทธิ ตามมาตรา ๓๕**  
**(การให้สัมปทาน)**

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

**การให้สัมปทาน**

๑. ชื่อหน่วยงานของรัฐ/นายจ้าง/สถานประกอบการ.....

๒. สถานที่ตั้ง.....

๓. ระยะเวลาการให้สิทธิ.....ปี.....เดือน.....วัน

โดยเริ่มให้สิทธิตั้งแต่วันที่.....เดือน.....ปี.....

๔. มูลค่าของสัญญา.....(บาท/ปี)

๕. ประเภทการให้สัมปทานแก่คนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ

การให้ใช้ประโยชน์จากอาคาร/สถานที่/ทรัพย์สิน ที่อยู่ในความดูแลหรือใช้ประโยชน์ของ  
หน่วยงานของรัฐ นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการ (โปรดระบุรายละเอียดพร้อมแนบ  
เอกสารหลักฐาน)

๑) กรณีการให้ใช้ประโยชน์จากอาคาร/สถานที่

(๑) สถานที่ตั้ง.....

(๒) ลักษณะหรือรูปแบบอาคาร/สถานที่.....

(๓) ค่าเช่าอาคาร/สถานที่ (ต่อเดือน/ต่อปี).....

(๔) เทียบเคียงมูลค่าของพื้นที่ จาก.....

๒) กรณีการใช้ประโยชน์จากทรัพย์สิน

(๑) ประเภททรัพย์สิน.....

(๒) ลักษณะหรือรูปแบบในการนำทรัพย์สินไปใช้ประโยชน์.....

(๓) ค่าเช่าทรัพย์สิน (ต่อเดือน/ต่อปี).....

(๔) เทียบเคียงมูลค่าทรัพย์สิน จาก.....

การให้สิทธิได้จำหน่ายสินค้าหรือบริการภายใต้ลิขสิทธิ์หรือเครื่องหมายการค้าของหน่วยงานของรัฐ นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการ (โปรดระบุรายละเอียดและแนบเอกสารหลักฐาน) กรณีการให้ใช้ประโยชน์จากสินค้าภายใต้ลิขสิทธิ์

(๑) ประเภทสินค้า/บริการ .....

(๒) มูลค่าของสินค้า (ราคาสินค้าต้นทุนต่อชิ้น) .....

(๓) เทียบเคียงมูลค่าสินค้าจากราคามาตรฐานการขายส่ง.....

การจัดสรรคลื่นความถี่วิทยุ/โทรทัศน์

๑) กรณีคลื่นความถี่วิทยุ

(๑) ชื่อสถานีวิทยุ.....

(๒) คลื่นความถี่.....

(๓) วัน เวลา ในการออกอากาศ.....

(๔) มูลค่าคลื่นความถี่วิทยุ.....

(๕) เทียบเคียงมูลค่าความถี่วิทยุ จาก.....

๒) กรณีการออกอากาศทางโทรทัศน์

(๑) ชื่อสถานีโทรทัศน์.....

(๒) วัน เวลา ในการออกอากาศ.....

(๓) มูลค่าการออกอากาศทางโทรทัศน์.....

การให้สัมปทานอื่น ๆ (ตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด)

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

ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่

.....  
.....

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

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

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

สำหรับหน่วยรับแจ้ง

ผลการพิจารณาการให้สัมปทานของผู้ขอใช้สิทธิตามมาตรา ๓๕

- ผ่านตามระเบียบฯ ข้อ ๑๖ มูลค่าไม่น้อยกว่าอัตราที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงว่าด้วยการกำหนดจำนวนคนพิการที่นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการ และหน่วยงานของรัฐจะต้องรับเข้าทำงาน และจำนวนเงินที่นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการจะต้องนำส่งเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
- ไม่ผ่าน เนื่องจาก (ระบุเหตุผล).....

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

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ(หน่วยรับแจ้ง)  
(.....)  
ตำแหน่ง.....