



## เกณฑ์การพิจารณารางวัล

### “องค์กรที่สนับสนุนการจ้างงานคนพิการ ประจำปี 2566”

กรมอบรางวัลองค์กรที่สนับสนุนการจ้างงานคนพิการ ประจำปี 2566 ในงานวันคนพิการสากล ประจำปี 2566 ณ กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อส่งเสริมการจ้างงานคนพิการในภาครัฐและภาคเอกชน
2. เพื่อสนับสนุนการมีงานทำของคนพิการ และคนพิการสามารถเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน
3. เพื่อเป็นการเชิดชูเกียรติให้แก่หน่วยงานที่สนับสนุนการจ้างงานคนพิการ

รางวัล : องค์กรที่ส่งเสริมการมีงานทำของคนพิการตามมาตรา 33\* และหรือ มาตรา 35\*

- มีการจ้างงานคนพิการมากกว่าหรือตามจำนวนที่กฎหมายกำหนด (มาตรา 33)
- การจัดสัมมนา จัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ จัดจ้างเหมาช่วงงานหรือจ้างเหมาบริการ โดยวิธีการพิเศษ ฝึกงาน หรือจัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก ล่ามภาษามือ หรือให้ความช่วยเหลืออื่นใดแก่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ (มาตรา 35)

เงื่อนไข 1) องค์กรที่มีการจ้างงานคนพิการครบ 100 เปอร์เซ็นต์ หรือมากกว่าที่กฎหมายกำหนด

2) กรณีที่ไม่สามารถจ้างงานคนพิการได้ครบ 100 เปอร์เซ็นต์ จะต้องมีการดำเนินงานตามมาตรา 35 โดยไม่มีการนำส่งเงินเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

รางวัลแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 1) ระดับดี หมายถึง หน่วยงานหรือองค์กรที่ได้รับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนการจ้างงานคนพิการ เป็นระยะเวลา 1 ปี (หน่วยงานหรือองค์กรที่สมัครเข้ารับรางวัลเป็นปีแรก)
- 2) ระดับดีเด่น หมายถึง หน่วยงานหรือองค์กรที่ได้รับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนการจ้างงานคนพิการ ต่อเนื่องติดต่อกัน 3 ปี
- 3) ระดับดีเยี่ยม หมายถึง หน่วยงานหรือองค์กรที่ได้รับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนการจ้างงานคนพิการ ต่อเนื่องติดต่อกัน 5 ปี
- 4) ระดับเกียรติยศ หมายถึง หน่วยงานหรือองค์กรที่ได้รับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนการจ้างงานคนพิการ ระดับดีเยี่ยมต่อเนื่องติดต่อกัน 5 ปี และมีการสนับสนุนการจ้างงานคนพิการมากกว่าที่กฎหมายกำหนด มีผลงานเชิงประจักษ์ด้านการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตคนพิการที่ดีขึ้น โดยให้การสนับสนุนหลากหลายประเภทความพิการไม่น้อยกว่า 3 ประเภทความพิการ

หมายเหตุ :

1. การพิจารณารางวัลไม่รวมการส่งเงินเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ตามมาตรา 34
2. ผลการพิจารณาถือเป็นสิทธิขาดของทางคณะกรรมการ และคำตัดสินของคณะกรรมการถือเป็นที่สุด

\*พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556



## “องค์กรที่สนับสนุนการจ้างงานคนพิการ ประจำปี 2566”

คำชี้แจง – โปรดเติมข้อความในช่องว่าง และใส่เครื่องหมาย X บน  หน้าข้อความที่ต้องการ

### 1. ข้อมูลทั่วไปขององค์กรที่ขอรับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนการจ้างงานคนพิการ

1.1 ชื่อสถานประกอบการ/องค์กรฯ

.....

1.2 ที่อยู่สถานประกอบการ/องค์กรฯ (ที่สามารถติดต่อได้) เลขที่..... ตรอก / ซอย.....

หมู่ที่..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... เว็บไซต์.....

อีเมล..... โทรสาร.....

เลขทะเบียนนายจ้าง (ตามประกันสังคม 10 หลัก).....

อื่น ๆ.....

1.3 ประเภท/ลักษณะ/ธุรกิจ/กิจการของสถานประกอบการ/องค์กรฯ (อธิบายโดยสังเขป)

.....

.....

1.4 ชื่อผู้บริหารสถานประกอบการ/องค์กรฯ

.....

1.5 วิสัยทัศน์ของสถานประกอบการ/องค์กรฯ

.....

.....

1.6 เว็บไซต์

.....

1.7 โครงการ/กิจกรรม/การดำเนินงานด้านคนพิการที่น่าสนใจ

.....

.....

1.8 การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการตามกฎหมายพื้นฐาน 5 ด้าน ตามมติคณะรัฐมนตรี ได้แก่  
ทางลาด ห้องน้ำ ที่จอดรถ บริการข้อมูลข่าวสาร และป้ายสัญลักษณ์ หรือการช่วยเหลือด้านอื่น

.....

.....

1.9 โลโก้สถานประกอบการ/องค์กรฯ (รูปแบบไฟล์ JPG)

.....

## 2. ข้อมูลประเภทและระดับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนการจ้างงานคนพิการ

### 2.1 ระดับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนการจ้างงานคนพิการ (จำแนกตามระยะเวลาที่ได้รับรางวัล)

- ระดับที่ 1 ระดับดี (ระยะเวลา 1 ปี)
- ระดับที่ 2 ระดับดีเด่น (ระยะเวลาที่ได้รับรางวัลต่อเนื่องติดต่อกัน 3 ปี)
- ระดับที่ 3 ระดับดีเยี่ยม (ระยะเวลาที่ได้รับรางวัลต่อเนื่องติดต่อกัน 5 ปี)

ระดับที่ 4 ระดับเกียรติยศ หมายถึง สถานประกอบการ/องค์กรที่ได้รับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนการจ้างงานคนพิการ ระดับดีเยี่ยมต่อเนื่องติดต่อกัน 5 ปี และมีการสนับสนุนงานด้านคนพิการมากกว่าที่กฎหมายกำหนด มีผลงานเชิงประจักษ์ด้านการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตคนพิการที่ดีขึ้น โดยให้การสนับสนุนหลากหลายประเภทความพิการไม่น้อยกว่า 3 ประเภทความพิการ

### 3. ข้อมูลประวัติการได้รับรางวัลขององค์กรที่สนับสนุนการจ้างงานคนพิการ

- ยังไม่เคยได้รับรางวัล
- ได้รับรางวัลฯ (ระบุครั้งที่ พ.ศ. .... ที่รับ และระดับรางวัลตามข้อ 2 )

ครั้งที่ 1 เมื่อปี พ.ศ.....	ระดับ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
ครั้งที่ 2 เมื่อปี พ.ศ.....	ระดับ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
ครั้งที่ 3 เมื่อปี พ.ศ.....	ระดับ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
ครั้งที่ 4 เมื่อปี พ.ศ.....	ระดับ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
ครั้งที่ 5 เมื่อปี พ.ศ.....	ระดับ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
ครั้งที่ 6 เมื่อปี พ.ศ.....	ระดับ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
ครั้งที่ 7 เมื่อปี พ.ศ.....	ระดับ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
ครั้งที่ 8 เมื่อปี พ.ศ.....	ระดับ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
ครั้งที่ 9 เมื่อปี พ.ศ.....	ระดับ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
ครั้งที่ 10 เมื่อปี พ.ศ.....	ระดับ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
ครั้งที่ 11 เมื่อปี พ.ศ.....	ระดับ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
ครั้งที่ 12 เมื่อปี พ.ศ.....	ระดับ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
ครั้งที่ 13 เมื่อปี พ.ศ.....	ระดับ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
ครั้งที่ 14 เมื่อปี พ.ศ.....	ระดับ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
ครั้งที่ 15 เมื่อปี พ.ศ.....	ระดับ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

#### 4. โครงการหรือกิจกรรมที่มีการดำเนินงานด้านคนพิการในสถานประกอบการ/องค์กรฯ ที่มีความน่าสนใจ (ส่งรายละเอียดทั้ง 3 หัวข้อ)

- 4.1 สรุปรูปโครงการหรือกิจกรรมที่มีการดำเนินงานด้านคนพิการในสถานประกอบการ/องค์กรฯ ความยาวไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4
- 4.2 Infographic โดยนำเสนอโครงการหรือกิจกรรมที่มีการดำเนินงานด้านคนพิการในสถานประกอบการ/องค์กรฯ ความยาวไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4
- 4.3 VTR Presentation โดยนำเสนอโครงการหรือกิจกรรมที่มีการดำเนินงานด้านคนพิการในสถานประกอบการ/องค์กรฯ ความยาวไม่เกิน 3 นาที

#### 5. ข้อมูลผู้ประสานงาน

ชื่อ.....ตำแหน่ง.....  
โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail.....

#### 6. หน่วยงานที่เสนอชื่อองค์กรขอรับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนการจ้างงานคนพิการ (ถ้ามี)

ชื่อ.....ตำแหน่ง.....  
โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail.....

**แบบฟอร์มระดับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนการจ้างงานคนพิการ ระดับดี**

**รางวัล : องค์กรที่ส่งเสริมการมีงานทำของคนพิการตามมาตรา 33 และหรือ มาตรา 35**

**1. การจ้างงานคนพิการ (มาตรา 33) (พร้อมเอกสารแนบ)**

1.1 ระยะเวลาในการดำเนินงานด้านการสนับสนุนและส่งเสริมงานด้านคนพิการ ..... ปี

1.2 จำนวนลูกจ้างทั้งหมด.....คน                                      จำนวนลูกจ้างพิการ.....คน

1.3 สวัสดิการอื่น ๆ ที่สนับสนุนและส่งเสริมลูกจ้างพิการ

- บริการรถรับ - ส่ง พนักงาน
- ที่พัก
- อาหาร
- อื่น (ถ้ามี).....

1.4 มูลค่าการจ้างงานคนพิการทั้งหมด.....บาทต่อปี

**\*\*\*ตัวอย่างเอกสารแนบการจ้างงานคนพิการ\*\*\***

ที่	ชื่อ-สกุล	อายุ	ความพิการ	วุฒิการศึกษา	ตำแหน่งงาน	อายุงาน

**2. การจ้างเหมาหรือสัมปทาน (มาตรา 35) (พร้อมเอกสารแนบ)**

ลำดับ	รายการ	มูลค่า
1.	การให้สัมปทานพื้นที่ หรือการใช้ประโยชน์จากอาคาร สถานที่หรือทรัพย์สินของหน่วยงานของรัฐหรือสถานประกอบการ	
2.	การจัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ	
3.	การจัดจ้างเหมาช่วงงานหรือจ้างเหมาบริการ	
4.	การฝึกงานให้แก่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ	
5.	การจัดอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก หรือบริการสำหรับคนพิการที่สถานประกอบการ รวมในและนอกสถานประกอบการ รวมทั้งจอดรถ	
6.	การจัดให้มีบริการล่ามภาษามือ (กรณีที่มีคนพิการทางการได้ยิน 20 คนขึ้นไป)	
7.	การช่วยเหลืออื่นใด เช่น การสนับสนุนด้านการเงิน วัสดุ ครุภัณฑ์ รวมถึงการซื้อผลิตภัณฑ์จากคนพิการ โดยมูลค่าจะต้องไม่ต่ำกว่าการส่งเงินเข้ากองทุน กรณีซื้อสินค้ากำไรจะต้องไม่ต่ำกว่าจำนวนเงินที่ส่งเข้ากองทุน	
<b>รวมทั้งสิ้น</b>		

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่าข้อมูลที่เสนอเข้ารับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนการจ้างงานคนพิการ ประจำปี 2566 เป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้เสนอ

.....

ตำแหน่ง .....

(ผู้บริหารหรือกรรมการผู้จัดการขององค์กร)

\*\*\*\*\*กรุณาส่งแบบตอบรับกลับไปที่กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ\*\*\*\*\*

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน หมายเลขโทรสาร 02 354 5026 โทรศัพท์ 02 354 3893

ติดต่อ นางสาวณิชาภัทร์ อินลึงกา 087 072 6956 หรือ นางสาวพรอนันต์ บุญเลิศ 065 505 5691

หรือทาง E-mail: [dep.policy@dep.go.th](mailto:dep.policy@dep.go.th) กรุณาส่งใบสมัครภายใน วันที่ 9 พฤศจิกายน 2566 ก่อนเวลา 16.00 น

## แบบฟอร์มระดับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนการจ้างงานคนพิการ ระดับดีเด่น

รางวัล : องค์กรที่ส่งเสริมการมีงานทำของคนพิการตามมาตรา 33 และหรือ มาตรา 35

### 1. การจ้างงานคนพิการ (มาตรา 33) (พร้อมเอกสารแนบ)

1.1 ระยะเวลาในการดำเนินงานด้านการสนับสนุนและส่งเสริมงานด้านคนพิการ ..... ปี

1.2 จำนวนลูกจ้างทั้งหมด.....คน จำนวนลูกจ้างพิการ.....คน

1.3 สวัสดิการอื่น ๆ ที่สนับสนุนและส่งเสริมลูกจ้างพิการ

- บริการรถรับ - ส่ง พนักงาน  
 ที่พัก  
 อาหาร  
 อื่น (ถ้ามี).....

1.4 มูลค่าการจ้างงานคนพิการทั้งหมด.....บาทต่อปี

### \*\*\*ตัวอย่างเอกสารแนบการจ้างงานคนพิการ\*\*\*

ที่	ชื่อ-สกุล	อายุ	ความพิการ	วุฒิการศึกษา	ตำแหน่งงาน	อายุงาน

### 2. การจ้างเหมาหรือสัมปทาน (มาตรา 35) (พร้อมเอกสารแนบ)

ลำดับ	รายการ	มูลค่า
1.	การให้สัมปทานพื้นที่ หรือการใช้ประโยชน์จากอาคาร สถานที่หรือทรัพย์สินของหน่วยงานของรัฐหรือสถานประกอบการ	
2.	การจัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ	
3.	การจัดจ้างเหมาช่วงงานหรือจ้างเหมาบริการ	
4.	การฝึกงานให้แก่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ	
5.	การจัดอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก หรือบริการสำหรับคนพิการที่สถานประกอบการ รวมในและนอกสถานประกอบการ รวมทั้งจอดรถ	
6.	การจัดให้มีบริการล่ามภาษามือ (กรณีที่มีคนพิการทางการได้ยิน 20 คนขึ้นไป)	
7.	การช่วยเหลืออื่นใด เช่น การสนับสนุนด้านการเงิน วัสดุ ครุภัณฑ์ รวมถึงการซื้อผลิตภัณฑ์จากคนพิการ โดยมูลค่าจะต้องไม่ต่ำกว่าการส่งเงินเข้ากองทุนกรณีซื้อสินค้ากำไรจะต้องไม่ต่ำกว่าจำนวนเงินที่ส่งเข้ากองทุน	
<b>รวมทั้งสิ้น</b>		

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่าข้อมูลที่เสนอเข้ารับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนการจ้างงานคนพิการ ประจำปี 2566 เป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้เสนอ

(.....)

ตำแหน่ง .....

(ผู้บริหารหรือกรรมการผู้จัดการขององค์กร)

\*\*\*\*\*กรุณาส่งแบบตอบรับกลับมาที่กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ\*\*\*\*\*

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน หมายเลขโทรสาร 02 354 5026 โทรศัพท์ 02 354 3893

ติดต่อ นางสาวณิชาภัทร อินลิ่งกา 087 072 6956 หรือ นางสาวพรอนันต์ บุญเลิศ 065 505 5691

หรือทาง E-mail: [dep.policy@dep.go.th](mailto:dep.policy@dep.go.th) กรุณาส่งใบสมัครภายใน **วันที่ 9 พฤศจิกายน 2566 ก่อนเวลา 16.00 น**

## แบบฟอร์มระดับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนการจ้างงานคนพิการ ระดับดีเยี่ยม

รางวัล : องค์กรที่ส่งเสริมการมีงานทำของคนพิการตามมาตรา 33 และหรือ มาตรา 35

### 1. การจ้างงานคนพิการ (มาตรา 33) (พร้อมเอกสารแนบ)

1.1 ระยะเวลาในการดำเนินงานด้านการสนับสนุนและส่งเสริมงานด้านคนพิการ ..... ปี

1.2 จำนวนลูกจ้างทั้งหมด.....คน                      จำนวนลูกจ้างพิการ.....คน

1.3 สวัสดิการอื่น ๆ ที่สนับสนุนและส่งเสริมลูกจ้างพิการ

บริการรถรับ - ส่ง พนักงาน

ที่พัก

อาหาร

อื่น (ถ้ามี).....

1.4 มูลค่าการจ้างงานคนพิการทั้งหมด.....บาทต่อปี

### \*\*\*ตัวอย่างเอกสารแนบการจ้างงานคนพิการ\*\*\*

ที่	ชื่อ-สกุล	อายุ	ความพิการ	วุฒิการศึกษา	ตำแหน่งงาน	อายุงาน

### 2. การจ้างเหมาหรือสัมปทาน (มาตรา 35) (พร้อมเอกสารแนบ)

ลำดับ	รายการ	มูลค่า
1.	การให้สัมปทานพื้นที่ หรือการใช้ประโยชน์จากอาคาร สถานที่หรือทรัพย์สินของหน่วยงานของรัฐหรือสถานประกอบการ	
2.	การจัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ	
3.	การจัดจ้างเหมาช่างงานหรือจ้างเหมาบริการ	
4.	การฝึกงานให้แก่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ	
5.	การจัดอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก หรือบริการสำหรับคนพิการที่สถานประกอบการ รวมในและนอกสถานประกอบการ รวมทั้งจอดรถ	
6.	การจัดให้มีบริการล่ามภาษามือ (กรณีที่มีคนพิการทางการได้ยิน 20 คนขึ้นไป)	
7.	การช่วยเหลืออื่นใด เช่น การสนับสนุนด้านการเงิน วัสดุ ครุภัณฑ์ รวมถึงการซื้อผลิตภัณฑ์จากคนพิการ โดยมูลค่าจะต้องไม่ต่ำกว่าการส่งเงินเข้ากองทุนกรณีซื้อสินค้ากำไรจะต้องไม่ต่ำกว่าจำนวนเงินที่ส่งเข้ากองทุน	
รวมทั้งสิ้น		

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่าข้อมูลที่เสนอเข้ารับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนการจ้างงานคนพิการ ประจำปี 2566 เป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้เสนอ

(.....)

ตำแหน่ง .....

(ผู้บริหารหรือกรรมการผู้จัดการขององค์กร)

\*\*\*\*\*กรุณาส่งแบบตอบรับกลับมาที่กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ\*\*\*\*\*

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน หมายเลขโทรสาร 02 354 5026 โทรศัพท์ 02 354 3893

ติดต่อ นางสาวณิชาภัทร อินลังกา 087 072 6956 หรือ นางสาวพรอนันต์ บุญเลิศ 065 505 5691

หรือทาง E-mail: [dep.policy@dep.go.th](mailto:dep.policy@dep.go.th) กรุณาส่งใบสมัครภายใน วันที่ 9 พฤศจิกายน 2566 ก่อนเวลา 16.00 น

## แบบฟอร์มระดับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนการจ้างงานคนพิการ ระดับเกียรติยศ

รางวัล : องค์กรที่ส่งเสริมการมีงานทำของคนพิการตามมาตรา 33 และหรือ มาตรา 35

### 1. การจ้างงานคนพิการ (มาตรา 33) (พร้อมเอกสารแนบ)

1.1 ระยะเวลาในการดำเนินงานด้านการสนับสนุนและส่งเสริมงานด้านคนพิการ ..... ปี

1.2 จำนวนลูกจ้างทั้งหมด.....คน จำนวนลูกจ้างพิการ.....คน

1.3 สวัสดิการอื่น ๆ ที่สนับสนุนและส่งเสริมลูกจ้างพิการ

- บริการรถรับ - ส่ง พนักงาน  
 ที่พัก  
 อาหาร  
 อื่น (ถ้ามี).....

1.4 มูลค่าการจ้างงานคนพิการทั้งหมด.....บาทต่อปี

### \*\*\*ตัวอย่างเอกสารแนบการจ้างงานคนพิการ\*\*\*

ที่	ชื่อ-สกุล	อายุ	ความพิการ	วุฒิการศึกษา	ตำแหน่งงาน	อายุงาน

### 2. การจ้างเหมาหรือสัมปทาน (มาตรา 35) (พร้อมเอกสารแนบ)

ลำดับ	รายการ	มูลค่า
1.	การให้สัมปทานพื้นที่ หรือการใช้ประโยชน์จากอาคาร สถานที่หรือทรัพย์สินของหน่วยงานของรัฐหรือสถานประกอบการ	
2.	การจัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ	
3.	การจัดจ้างเหมาช่างงานหรือจ้างเหมาบริการ	
4.	การฝึกงานให้แก่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ	
5.	การจัดอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก หรือบริการสำหรับคนพิการที่สถานประกอบการ รวมในและนอกสถานประกอบการ รวมทั้งจอดรถ	
6.	การจัดให้มีบริการล่ามภาษามือ (กรณีที่มีคนพิการทางการได้ยิน 20 คนขึ้นไป)	
7.	การช่วยเหลืออื่นใด เช่น การสนับสนุนด้านการเงิน วัสดุ ครุภัณฑ์ รวมถึงการซื้อผลิตภัณฑ์จากคนพิการ โดยมูลค่าจะต้องไม่ต่ำกว่าการส่งเงินเข้ากองทุนกรณีซื้อสินค้ากำไรจะต้องไม่ต่ำกว่าจำนวนเงินที่ส่งเข้ากองทุน	
รวมทั้งสิ้น		

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่าข้อมูลที่เสนอเข้ารับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนการจ้างงานคนพิการ ประจำปี 2566 เป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้เสนอ

(.....)

ตำแหน่ง .....

(ผู้บริหารหรือกรรมการผู้จัดการขององค์กร)

\*\*\*\*\*กรุณาส่งแบบตอบรับกลับมาที่กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ\*\*\*\*\*

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน หมายเลขโทรสาร 02 354 5026 โทรศัพท์ 02 354 3893

ติดต่อ นางสาวณิชาภัทร อินลิ่งกา 087 072 6956 หรือ นางสาวพรอนันต์ บุญเลิศ 065 505 5691

หรือทาง E-mail: [dep.policy@dep.go.th](mailto:dep.policy@dep.go.th) กรุณาส่งใบสมัครภายใน วันที่ 9 พฤศจิกายน 2566 ก่อนเวลา 16.00 น