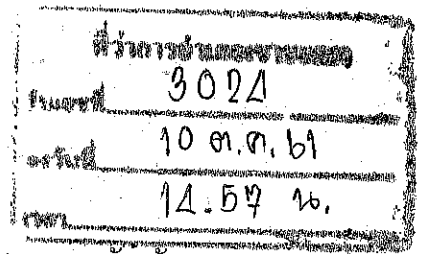




# ด่วนมาก

ที่ รย ๐๐๐๕/ว ๑๕๕๒๓



ศาลากลางจังหวัดระยอง  
ถนนสุขุมวิท รย ๒๑๑๕๐

๙ ตุลาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอความร่วมมือตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎหมายการจ้างงานคนพิการในสถานประกอบการ  
เรียน นายอำเภอทุกอำเภอ นายกเทศมนตรีนครระยอง นายกเทศมนตรีเมืองมาบตาพุด และนายกเทศมนตรีเมืองบ้านฉาง

- |                  |  |              |
|------------------|--|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. รายชื่อคนพิการที่ได้รับการจ้างงานจากสถานประกอบการ | จำนวน ๑ ชุด  |
|                  | ๒. แบบติดตามคนพิการที่ได้รับการจ้างงาน               | จำนวน ๑ ชุด  |
|                  | ๓. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการฯ  | จำนวน ๓ เล่ม |

ด้วยเครือข่ายคนพิการได้ยื่นหนังสือร้องเรียนต่อคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ให้ตรวจสอบการละเมิดสิทธิคนพิการและปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมกับคนพิการกรณีการจ้างงานคนพิการในสถานประกอบการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖ โดยให้ตรวจสอบการจ้างงานคนพิการตามมาตรา ๓๓ การส่งเงินเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการตามมาตรา ๓๔ และการให้สัมปทานตามมาตรา ๓๕

จังหวัดระยอง จึงขอให้ท่านแจ้งผู้นำท้องถิ่น/ผู้นำชุมชน ดำเนินการตรวจสอบสถานภาพการจ้างงานของคนพิการในพื้นที่ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โดยขอให้ดำเนินการกรอกข้อมูลลงในแบบติดตามมา รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒. และรวบรวมส่งให้จังหวัดระยองภายในวันพุธที่ ๑๗ ตุลาคม ๒๕๖๑

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา ในส่วนของอำเภอ หากคนพิการรายใด มีภูมิลำเนาในพื้นที่เทศบาลตำบล/องค์การบริหารส่วนตำบล ขอให้ท่านแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นๆดำเนินการต่อไปด้วย

ไว้ ๕ น

นายอำเภอทุกอำเภอ  
- พี่อโงะตังสิงหนาท  
- พี่อรรถ ๕๖ ๐๗.ทุกหมู่

ขอแสดงความนับถือ

นายฉวีพร บุษงษ์  
เจ้าหน้าที่ปกครอง

เรือโท   
(ศตวรรษ อนันตกุล)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดระยอง ปฏิบัติราชการแทน  
ผู้ว่าราชการจังหวัดระยอง

สำนักงานพัฒนาสังคมเศรษฐกิจจังหวัดระยอง  
ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดอำเภอ  
โทรศัพท์ ๐-๓๘๖๙-๔๐๑๓ ต่อ ๓๓๓ (นายพิระศักดิ์ สนั่นเรือง)  
๑-๑๑ ต.ค. ๒๕๖๑  
โทรสาร ๐-๓๘๖๙-๔๐๑๖ ปลัดอำเภอ  
E-mail : dscofrayong@gmail.com

กงนาม-เค็ง  
  
(นายฉวีพร บุษงษ์)  
นายอำเภอเขาชะเมา

| รายชื่อคนพิการอำเภอเขาชะเมา                |                       |   |  | มาตรา |      |
|--|-----------------------|---|--|-------|------|
| ลำดับ                                      | ชื่อคนพิการ           | ที่อยู่อาศัย                              | บริษัทฯ  | ม.๑๓  | ม.๑๕ |
| ๑  | นายอนา จำปาลี         | ๖๙ ม.๑ ต.จำเริญ อ.เขาชะเมา จ.ระยอง        | บริษัท อีสต์โคสท์เฟอร์นิเทค จำกัด(มหาชน)       |       |      |
| ๒  | นางอมราพร กำลิ่งรัมย์ | ๖๑ ม.๓ ต.จำเริญ อ.เขาชะเมา จ.ระยอง        | บริษัท อีสต์โคสท์เฟอร์นิเทค จำกัด(มหาชน)       |       |      |
| ๓  | นายสมชาย แฉ่ใจ        | ๖๑ ม.๓ ต.จำเริญ อ.เขาชะเมา จ.ระยอง        | บริษัท อีสต์โคสท์เฟอร์นิเทค จำกัด(มหาชน)       |       |      |
| ๔  | นายวิระพล นฤฤทธิ์     | ๑๑๗/๓ ม.๑ ต.ห้วยทับมอญ อ.เขาชะเมา จ.ระยอง | บริษัท เวอร์เท็กซ์ เซอร์วิส จำกัด              |       |      |
| ๕  | นายสมนึก งามเสงี่ยม   | ๑/๑๐ ม.๑ ต.ห้วยทับมอญ อ.เขาชะเมา จ.ระยอง  | บริษัท เวอร์เท็กซ์ เซอร์วิส จำกัด              |       |      |
| ๖  | นายเฉลิม รุจิวงศ์     | ๙๓/๑ ม.๒ ต.จำเริญ อ.เขาชะเมา จ.ระยอง      | บริษัท เวอร์เท็กซ์ เซอร์วิส จำกัด              |       |      |
| ๗  | น.ส.หลงมา เข้มทอง     | ๓๐๐ ม.๕ ต.ห้วยทับมอญ อ.เขาชะเมา จ.ระยอง   | บริษัท ลักกี้ ติวกรอน โลจิสติกส์ จำกัด         |       |      |
| ๘  | น.ส.สำอางค์ อี่ยมคง   | ๑๑๓/๑ ม.๒ ต.น้ำเป็น อ.เขาชะเมา จ.ระยอง    | บริษัท แอ็ควานซ์ เซอร์วิส แอนด์ เซอร์วิส จำกัด |       |      |
| ๙  | นาย กิตติศักดิ์ कुमार | ๑๒๗ ม.๘ ต.จำเริญ อ.เขาชะเมา จ.ระยอง       | บริษัท ไออาร์พีซี จำกัด(มหาชน)                 |       |      |
| ๑๐   | นาย กฤษดา ศิริจันทร์  | ๙๑ ม.๒ ต.น้ำเป็น อ.เขาชะเมา จ.ระยอง       | บริษัท ไออาร์พีซี จำกัด(มหาชน)                 |       |      |
| ๑๑   | นาย สมชาย ชัยอินทร์   | ๑๕/๑ ม.๒ ต.น้ำเป็น อ.เขาชะเมา จ.ระยอง     | บริษัท ไออาร์พีซี จำกัด(มหาชน)                 |       |      |
| ๑๒   | นาย สายันต์ ชักผลงาม  | ๑๕ ม.๒ ต.จำเริญ อ.เขาชะเมา จ.ระยอง        | บริษัท ไออาร์พีซี จำกัด(มหาชน)                 |       |      |
| รายชื่อคนพิการอำเภอเขาชะเมา ตำบลน้ำเป็น    |                       |   |  | มาตรา |      |
| ลำดับที่                                   | ชื่อคนพิการ           | ที่อยู่อาศัย                              | บริษัทฯ  | ม.๑๓  | ม.๑๕ |
| ๑  | น.ส.สำอางค์ อี่ยมคง   | ๑๑๓/๑ ม.๒ ต.น้ำเป็น อ.เขาชะเมา จ.ระยอง    | บริษัท แอ็ควานซ์ เซอร์วิส แอนด์ เซอร์วิส จำกัด |       |      |
| ๒  | นาย กฤษดา ศิริจันทร์  | ๙๑ ม.๒ ต.น้ำเป็น อ.เขาชะเมา จ.ระยอง       | บริษัท ไออาร์พีซี จำกัด(มหาชน)                 |       |      |
| ๓  | นาย สมชาย ชัยอินทร์   | ๑๕/๑ ม.๒ ต.น้ำเป็น อ.เขาชะเมา จ.ระยอง     | บริษัท ไออาร์พีซี จำกัด(มหาชน)                 |       |      |
| รายชื่อคนพิการอำเภอเขาชะเมา ตำบลห้วยทับมอญ |                       |   |  | มาตรา |      |
| ลำดับที่                                   | ชื่อคนพิการ           | ที่อยู่อาศัย                              | บริษัทฯ  | ม.๑๓  | ม.๑๕ |
| ๑  | นายวิระพล นฤฤทธิ์     | ๑๑๗/๓ ม.๑ ต.ห้วยทับมอญ อ.เขาชะเมา จ.ระยอง | บริษัท เวอร์เท็กซ์ เซอร์วิส จำกัด              |       |      |
| ๒  | นายสมนึก งามเสงี่ยม   | ๑/๑๐ ม.๑ ต.ห้วยทับมอญ อ.เขาชะเมา จ.ระยอง  | บริษัท เวอร์เท็กซ์ เซอร์วิส จำกัด              |       |      |
| ๓  | น.ส.หลงมา เข้มทอง     | ๓๐๐ ม.๕ ต.ห้วยทับมอญ อ.เขาชะเมา จ.ระยอง   | บริษัท ลักกี้ ติวกรอน โลจิสติกส์ จำกัด         |       |      |
| รายชื่อคนพิการอำเภอเขาชะเมา ตำบลจำเริญ     |                       |   |  | มาตรา |      |
| ลำดับที่                                   | ชื่อคนพิการ           | ที่อยู่อาศัย                              | บริษัทฯ  | ม.๑๓  | ม.๑๕ |
| ๑  | นายอนา จำปาลี         | ๖๙ ม.๑ ต.จำเริญ อ.เขาชะเมา จ.ระยอง        | บริษัท อีสต์โคสท์เฟอร์นิเทค จำกัด(มหาชน)       |       |      |
| ๒  | นางอมราพร กำลิ่งรัมย์ | ๖๑ ม.๓ ต.จำเริญ อ.เขาชะเมา จ.ระยอง        | บริษัท อีสต์โคสท์เฟอร์นิเทค จำกัด(มหาชน)       |       |      |
| ๓  | นายสมชาย แฉ่ใจ        | ๖๑ ม.๓ ต.จำเริญ อ.เขาชะเมา จ.ระยอง        | บริษัท อีสต์โคสท์เฟอร์นิเทค จำกัด(มหาชน)       |       |      |
| ๔  | นายเฉลิม รุจิวงศ์     | ๙๓/๑ ม.๒ ต.จำเริญ อ.เขาชะเมา จ.ระยอง      | บริษัท เวอร์เท็กซ์ เซอร์วิส จำกัด              |       |      |
| ๕  | นาย กิตติศักดิ์ कुमार | ๑๒๗ ม.๘ ต.จำเริญ อ.เขาชะเมา จ.ระยอง       | บริษัท ไออาร์พีซี จำกัด(มหาชน)                 |       |      |
| ๖  | นาย สายันต์ ชักผลงาม  | ๑๕ ม.๒ ต.จำเริญ อ.เขาชะเมา จ.ระยอง        | บริษัท ไออาร์พีซี จำกัด(มหาชน)                 |       |      |

## แบบสำรวจข้อมูลคนพิการทำงานในสถานประกอบการ

### ข้อมูลทั่วไปคนพิการ

- ชื่อ-นามสกุล ..... วัน/เดือน/ปี เกิด ..... อายุ.....ปี
- เพศ  ชาย  หญิง เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ประเภทความพิการ.....
- ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ ..... หมู่ ..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
- ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
- ได้รับการจ้างงานตามมาตรา 33 บริษัท.....
- ปฏิบัติงานที่ บริษัท.....  สถานที่ปฏิบัติงาน อื่น.....
- ได้รับสัมปทานตามมาตรา 35
- ทำงานในหน่วยงานรัฐ/ชุมชน/ ระบุ..... อัตราค่าจ้าง.....
- ได้รับการส่งเสริมอาชีพ/หรือช่วยเหลืออื่นใด ระบุ..... มูลค่า.....
- ระบบสัมปทานอื่น ระบุ..... มูลค่า.....

### ผู้ดูแลคนพิการใช้สิทธิแทนหรือรับสัมปทานแทน ตามมาตรา 35

- ชื่อ-นามสกุลผู้รับแทน .....
- วัน/เดือน/ปี เกิด ..... อายุ.....ปี เพศ  ชาย  หญิง
- เลขประจำตัวประชาชน..... ความสัมพันธ์กับคนพิการ.....
- ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ ..... หมู่ ..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
- ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
- โทรศัพท์.....
- ได้รับสัมปทานตามมาตรา 35 จากบริษัท.....
- ทำงานในหน่วยงานรัฐ/ชุมชน/ ระบุ..... อัตราค่าจ้าง.....
- ได้รับการส่งเสริมอาชีพ/หรือช่วยเหลืออื่นใด ระบุ..... มูลค่า.....
- ระบบสัมปทานอื่น ระบุ..... มูลค่า.....

### คนพิการและผู้ดูแลคนพิการ

- ไม่ได้รับการจ้างตามมาตรา 33 ไม่ได้รับสนับสนุนระบบสัมปทานตามมาตรา 35
- ปัญหาและอุปสรรค

.....

.....

ผู้ทำการสำรวจ.....

วัน/เดือน/ปี.....

## แบบสำรวจข้อมูลคนพิการทำงานในสถานประกอบการ

### ข้อมูลทั่วไปคนพิการ

- ชื่อ-นามสกุล ..... วัน/เดือน/ปี เกิด ..... อายุ.....ปี
- เพศ  ชาย  หญิง เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ประเภทความพิการ.....
- ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ ..... หมู่ ..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
- ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
- ได้รับการจ้างงานตามมาตรา 33 บริษัท.....
- ปฏิบัติงานที่ บริษัท.....  สถานที่ปฏิบัติงาน อื่น.....
- ได้รับสัมปทานตามมาตรา 35
- ทำงานในหน่วยงานรัฐ/ชุมชน/ ระบุ..... อัตราค่าจ้าง.....
- ได้รับการส่งเสริมอาชีพ/หรือช่วยเหลืออื่นใด ระบุ..... มูลค่า.....
- ระบบสัมปทานอื่น ระบุ..... มูลค่า.....

### ผู้ดูแลคนพิการใช้สิทธิแทนหรือรับสัมปทานแทน ตามมาตรา 35

- ชื่อ-นามสกุลผู้รับแทน .....
- วัน/เดือน/ปี เกิด ..... อายุ.....ปี เพศ  ชาย  หญิง
- เลขประจำตัวประชาชน..... ความสัมพันธ์กับคนพิการ.....
- ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ ..... หมู่ ..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
- ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
- โทรศัพท์.....
- ได้รับสัมปทานตามมาตรา 35 จากบริษัท.....
- ทำงานในหน่วยงานรัฐ/ชุมชน/ ระบุ..... อัตราค่าจ้าง.....
- ได้รับการส่งเสริมอาชีพ/หรือช่วยเหลืออื่นใด ระบุ..... มูลค่า.....
- ระบบสัมปทานอื่น ระบุ..... มูลค่า.....

### คนพิการและผู้ดูแลคนพิการ

- ไม่ได้รับการจ้างตามมาตรา 33 ไม่ได้รับสนับสนุนระบบสัมปทานตามมาตรา 35

ปัญหาและอุปสรรค

.....

.....

ผู้ทำการสำรวจ.....

วัน/เดือน/ปี.....

## แบบสำรวจข้อมูลคนพิการทำงานในสถานประกอบการ

### ข้อมูลทั่วไปคนพิการ

ชื่อ-นามสกุล ..... วัน/เดือน/ปี เกิด ..... อายุ.....ปี  
เพศ  ชาย  หญิง เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ประเภทความพิการ.....  
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ ..... หมู่ ..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....  
 ได้รับการจ้างงานตามมาตรา 33 บริษัท.....  
 ปฏิบัติงานที่ บริษัท.....  สถานที่ปฏิบัติงาน อื่น.....  
 ได้รับสัมปทานตามมาตรา 35  
 ทำงานในหน่วยงานรัฐ/ชุมชน/ ระบุ..... อัตราค่าจ้าง.....  
 ได้รับการส่งเสริมอาชีพ/หรือช่วยเหลืออื่นใด ระบุ..... มูลค่า.....  
 ระบบสัมปทานอื่น ระบุ..... มูลค่า.....

### ผู้ดูแลคนพิการใช้สิทธิแทนหรือรับสัมปทานแทน ตามมาตรา 35

ชื่อ-นามสกุลผู้รับแทน .....  
วัน/เดือน/ปี เกิด ..... อายุ.....ปี เพศ  ชาย  หญิง  
เลขประจำตัวประชาชน..... ความสัมพันธ์กับคนพิการ.....  
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ ..... หมู่ ..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์.....  
 ได้รับสัมปทานตามมาตรา 35 จากบริษัท.....  
 ทำงานในหน่วยงานรัฐ/ชุมชน/ ระบุ..... อัตราค่าจ้าง.....  
 ได้รับการส่งเสริมอาชีพ/หรือช่วยเหลืออื่นใด ระบุ..... มูลค่า.....  
 ระบบสัมปทานอื่น ระบุ..... มูลค่า.....

### คนพิการและผู้ดูแลคนพิการ

ไม่ได้รับการจ้างตามมาตรา 33 ไม่ได้รับสนับสนุนระบบสัมปทานตามมาตรา 35

ปัญหาและอุปสรรค

.....  
.....

ผู้ทำการสำรวจ.....

วัน/เดือน/ปี.....

## แบบสำรวจข้อมูลคนพิการทำงานในสถานประกอบการ

### ข้อมูลทั่วไปคนพิการ

- ชื่อ-นามสกุล ..... วัน/เดือน/ปี เกิด ..... อายุ.....ปี  
เพศ  ชาย  หญิง เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ประเภทความพิการ.....  
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ ..... หมู่ ..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....  
 ได้รับการจ้างงานตามมาตรา 33 บริษัท.....  
 ปฏิบัติงานที่ บริษัท.....  สถานที่ปฏิบัติงาน อื่น.....  
 ได้รับสัมปทานตามมาตรา 35  
 ทำงานในหน่วยงานรัฐ/ชุมชน/ ระบุ.....อัตราค่าจ้าง.....  
 ได้รับการส่งเสริมอาชีพ/หรือช่วยเหลืออื่นใด ระบุ.....มูลค่า.....  
 ระบบสัมปทานอื่น ระบุ.....มูลค่า.....

### ผู้ดูแลคนพิการใช้สิทธิแทนหรือรับสัมปทานแทน ตามมาตรา 35

- ชื่อ-นามสกุลผู้รับแทน .....  
วัน/เดือน/ปี เกิด ..... อายุ.....ปี เพศ  ชาย  หญิง  
เลขประจำตัวประชาชน.....ความสัมพันธ์กับคนพิการ.....  
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ ..... หมู่ ..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์.....  
 ได้รับสัมปทานตามมาตรา 35 จากบริษัท.....  
 ทำงานในหน่วยงานรัฐ/ชุมชน/ ระบุ.....อัตราค่าจ้าง.....  
 ได้รับการส่งเสริมอาชีพ/หรือช่วยเหลืออื่นใด ระบุ.....มูลค่า.....  
 ระบบสัมปทานอื่น ระบุ.....มูลค่า.....

### คนพิการและผู้ดูแลคนพิการ

- ไม่ได้รับการจ้างตามมาตรา 33 ไม่ได้รับสนับสนุนระบบสัมปทานตามมาตรา 35

ปัญหาและอุปสรรค

.....  
.....

ผู้ทำการสำรวจ.....

วัน/เดือน/ปี.....

## แบบสำรวจข้อมูลคนพิการทำงานในสถานประกอบการ

### ข้อมูลทั่วไปคนพิการ

- ชื่อ-นามสกุล ..... วัน/เดือน/ปี เกิด ..... อายุ.....ปี  
เพศ  ชาย  หญิง เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ประเภทความพิการ.....  
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ ..... หมู่ ..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....  
 ได้รับการจ้างงานตามมาตรา 33 บริษัท.....  
 ปฏิบัติงานที่ บริษัท.....  สถานที่ปฏิบัติงาน อื่น.....  
 ได้รับสัมปทานตามมาตรา 35  
 ทำงานในหน่วยงานรัฐ/ชุมชน/ ระบุ..... อัตราค่าจ้าง.....  
 ได้รับการส่งเสริมอาชีพ/หรือช่วยเหลืออื่นใด ระบุ..... มูลค่า.....  
 ระบบสัมปทานอื่น ระบุ..... มูลค่า.....

### ผู้ดูแลคนพิการใช้สิทธิแทนหรือรับสัมปทานแทน ตามมาตรา 35

- ชื่อ-นามสกุลผู้รับแทน .....  
วัน/เดือน/ปี เกิด ..... อายุ.....ปี เพศ  ชาย  หญิง  
เลขประจำตัวประชาชน..... ความสัมพันธ์กับคนพิการ.....  
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ ..... หมู่ ..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์.....  
 ได้รับสัมปทานตามมาตรา 35 จากบริษัท.....  
 ทำงานในหน่วยงานรัฐ/ชุมชน/ ระบุ..... อัตราค่าจ้าง.....  
 ได้รับการส่งเสริมอาชีพ/หรือช่วยเหลืออื่นใด ระบุ..... มูลค่า.....  
 ระบบสัมปทานอื่น ระบุ..... มูลค่า.....

### คนพิการและผู้ดูแลคนพิการ

- ไม่ได้รับการจ้างตามมาตรา 33 ไม่ได้รับสนับสนุนระบบสัมปทานตามมาตรา 35

ปัญหาและอุปสรรค

.....  
.....

ผู้ทำการสำรวจ.....

วัน/เดือน/ปี.....



## แบบสำรวจข้อมูลคนพิการทำงานในสถานประกอบการ

### ข้อมูลทั่วไปคนพิการ

- ชื่อ-นามสกุล ..... วัน/เดือน/ปี เกิด ..... อายุ.....ปี
- เพศ  ชาย  หญิง เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ประเภทความพิการ.....
- ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ ..... หมู่ ..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
- ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
- ได้รับการจ้างงานตามมาตรา 33 บริษัท.....
- ปฏิบัติงานที่ บริษัท.....  สถานที่ปฏิบัติงาน อื่น.....
- ได้รับสัมปทานตามมาตรา 35
- ทำงานในหน่วยงานรัฐ/ชุมชน/ ระบุ..... อัตราค่าจ้าง.....
- ได้รับการส่งเสริมอาชีพ/หรือช่วยเหลืออื่นใด ระบุ..... มูลค่า.....
- ระบบสัมปทานอื่น ระบุ..... มูลค่า.....

### ผู้ดูแลคนพิการใช้สิทธิแทนหรือรับสัมปทานแทน ตามมาตรา 35

- ชื่อ-นามสกุลผู้รับแทน .....
- วัน/เดือน/ปี เกิด ..... อายุ.....ปี เพศ  ชาย  หญิง
- เลขประจำตัวประชาชน..... ความสัมพันธ์กับคนพิการ.....
- ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ ..... หมู่ ..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
- ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
- โทรศัพท์.....
- ได้รับสัมปทานตามมาตรา 35 จากบริษัท.....
- ทำงานในหน่วยงานรัฐ/ชุมชน/ ระบุ..... อัตราค่าจ้าง.....
- ได้รับการส่งเสริมอาชีพ/หรือช่วยเหลืออื่นใด ระบุ..... มูลค่า.....
- ระบบสัมปทานอื่น ระบุ..... มูลค่า.....

### คนพิการและผู้ดูแลคนพิการ

- ไม่ได้รับการจ้างตามมาตรา 33 ไม่ได้รับสนับสนุนระบบสัมปทานตามมาตรา 35

ปัญหาและอุปสรรค

.....

.....

ผู้ทำการสำรวจ.....

วัน/เดือน/ปี.....