**แบบรายงานผลการจ้างงานคนพิการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖3**

(ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม **มาตรา ๓๓**)

**ชื่อหน่วยงาน .............................................................................................................................**

**ที่ตั้ง .................................................................................................................................โทรศัพท์ .......................................**

**จำนวนผู้ปฏิบัติงานที่ไม่พิการ ............................... คน จำนวนผู้ปฏิบัติงานที่พิการ ................................. คน**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ที่** | **ชื่อ – สกุล** **(คนพิการ)** | **เพศ** | **อายุ****(ปี)** | **การศึกษา** | **เลขทะเบียนคนพิการ** **(ตามบัตรประจำตัวคนพิการ)** | **ลักษณะความพิการ** | **เริ่มบรรจุงาน****(วัน/เดือน/ปี)** | **ค่าจ้าง/เงินเดือน** | **ตำแหน่ง** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

หมายเหตุ : 1. แนบสำเนาสมุด หรือ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ของคนพิการที่ทำงานในหน่วยงาน และสำเนาสัญญาจ้าง

 2. ให้ส่งเป็นไฟล์ Microsoft Word มายังกองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย ได้ที่ E-mail: recruit.moi4@gmail.com

(ลงชื่อ)..................................................................ผู้รายงาน

(.....................................................................)

**การกรอกข้อความเป็นเท็จมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา**

ตำแหน่ง ...................................................................

วันที่ .............................................................................

**แบบรายงานผลการจ้างงานคนพิการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖3**

 (ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม **มาตรา 35**)

**ชื่อหน่วยงาน .............................................................................................................................**

**ที่ตั้ง .................................................................................................................................โทรศัพท์ .......................................**

**จำนวนผู้ปฏิบัติงานที่ไม่พิการ ............................... คน จำนวนผู้ปฏิบัติงานที่พิการ ................................. คน**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ชื่อคนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการที่ขอใช้สิทธิ** | **เพศ** | **อายุ** | **วันเริ่มต้น****สัญญา** | **วันสิ้นสุด****สัญญา** | **รวมระยะเวลา** | **ระบุกิจกรรมตาม****มาตรา 35** | **มูลค่าสัญญา****(บาท)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

หมายเหตุ : 1. แนบสำเนาสมุด หรือ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ของคนพิการที่ทำงานในหน่วยงาน และสำเนาสัญญาจ้าง/สัญญาการให้สัมปทาน

 2. ให้ส่งเป็นไฟล์ Microsoft Word มายังกองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย ได้ที่ E-mail: recruit.moi4@gmail.com

**การกรอกข้อความเป็นเท็จมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา**

ช่องระบุกิจกรรมตามมาตรา 35 ให้ระบุกิจกรรม ดังนี้

1. การให้สัมปทาน

2. การจัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ

3. การจัดจ้างเหมาช่วงงานหรือจ้างเหมาบริการโดยวิธีกรณีพิเศษ

4.การฝึกงาน

5.การจัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก

6. การจัดให้มีล่ามภาษามือ

7. การช่วยเหลืออื่นใด

(ลงชื่อ)..................................................................ผู้รายงาน

(.....................................................................)

ตำแหน่ง ...................................................................

วันที่ ............................................................................