

กฤษฎีกา
เลขที่ 1449
วันที่ 1-9 ธ.ค. 2568
เวลา 16.00 น.



○ สบ. ○ กส.
○ กช. ○ กว.
○ กค. ○ สบ.ท
○ กข. ○ สร.บ.
○ กส.
○ กค.

เทศบาลเมืองบางศรีเมือง
เลขที่ ๑๕๔๐
วันที่ - 1 ธ.ค. 2568
เวลา 14.26 น.

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
จังหวัดนนทบุรี ถนนรัตนาธิเบศร์ นบ ๑๑๐๐๐

๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๘

กองสวัสดิการสังคม
1186

เรื่อง การคัดเลือกสรรหา คนพิการต้นแบบ บุคคล องค์กรดีเด่น ที่ให้การสนับสนุนงานด้านคนพิการ และสถานประกอบการดีเด่นด้านการจ้างงานคนพิการ
วันที่ ๑ ธ.ค. 2568
เวลา 14.34 น.

เรียน หัวหน้าส่วนราชการประจำจังหวัด หัวหน้าหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้บริหารสถานศึกษา นายอำเภอ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด นายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนตำบล สถานประกอบการ และองค์กรคนพิการในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. หลักเกณฑ์และแบบกรอกประวัติคนพิการเพื่อคัดเลือกเป็นคนพิการต้นแบบ จำนวน ๑ ชุด
 ๒. หลักเกณฑ์และแบบเสนอข้อมูลของบุคคลเพื่อคัดเลือกเป็นบุคคลดีเด่น ที่ให้การสนับสนุนงานด้านคนพิการ จำนวน ๑ ชุด
 ๓. หลักเกณฑ์และแบบเสนอข้อมูลองค์กรเพื่อคัดเลือกเป็นองค์กรดีเด่น ที่ให้การสนับสนุนงานด้านคนพิการ จำนวน ๑ ชุด
 ๔. หลักเกณฑ์และแบบเสนอข้อมูลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อคัดเลือกเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดีเด่นด้านการจัดสวัสดิการสำหรับคนพิการ จำนวน ๑ ชุด
 ๕. หลักเกณฑ์และแบบเสนอข้อมูลของสถานประกอบการเพื่อคัดเลือกเป็นสถานประกอบการดีเด่นด้านการจ้างงานคนพิการ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยองค์การสหประชาชาติได้ประกาศให้ วันที่ ๓ ธันวาคมของทุกปี เป็นวันคนพิการสากล และเชิญชวนให้ประเทศสมาชิกร่วมกันจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมความเข้าใจของสังคมเกี่ยวกับคนพิการ และให้โอกาสคนพิการได้มีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของสังคมอย่างสร้างสรรค์ เป็นธรรมและเสมอภาคกับคนทั่วไป จังหวัดนนทบุรีได้ดำเนินการจัดกิจกรรมเนื่องในโอกาสวันคนพิการสากลเป็นประจำทุกปี เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของคนพิการ ครอบครัวคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ หน่วยงานภาครัฐ เอกชน และเครือข่ายด้านคนพิการ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยมีกิจกรรมการมอบโล่ประกาศเกียรติคุณให้กับคนพิการต้นแบบ บุคคล องค์กรดีเด่น ที่ให้การสนับสนุนงานด้านคนพิการ และสถานประกอบการดีเด่นด้านการจ้างงานคนพิการ ในระดับจังหวัด เพื่อเป็นการเชิดชูเกียรติและเป็นขวัญกำลังใจให้กับคนพิการ บุคคล องค์กร สถานประกอบการ ในการสนับสนุนงานด้านคนพิการและเป็นแบบอย่างทางสังคม

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรี จึงขอความร่วมมือท่าน ประชาสัมพันธ์และเสนอชื่อคนพิการ บุคคล องค์กร สถานประกอบการ ที่ให้การสนับสนุนงานด้านคนพิการ ตามหลักเกณฑ์และแบบเสนอข้อมูล รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ - ๕ ส่งให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรี ภายในวันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๘ เพื่อรวบรวมข้อมูลนำเสนอคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัดนนทบุรี พิจารณาคัดเลือกเพื่อรับโล่ประกาศเกียรติคุณในงานวันคนพิการสากลจังหวัดนนทบุรี ประจำปี ๒๕๖๘ (ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙) ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการ และขอขอบคุณในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวดรณี มั่นวานิช)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรี

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด
ผู้ประสานงาน : นางสาวกัศรา บุญโกมุด
โทรศัพท์. ๐๒ ๕๕๐ ๕๒๑๑ - ๓
e-mail: dsc.nonthaburi@gmail.com

“จังหวัดนนทบุรี เป็นเมืองน่าอยู่ (Livable City)”

หลักเกณฑ์ในการเสนอชื่อคนพิการเข้ารับการคัดเลือกเป็นคนพิการต้นแบบ

๑. การเสนอชื่อ

๑.๑ เสนอโดยองค์กรคนพิการ/หน่วยงานที่ปฏิบัติงานด้านคนพิการ/หน่วยงานทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ

๑.๒ คนพิการเสนอชื่อตนเองโดยมีองค์กรคนพิการ/หน่วยงานที่ปฏิบัติงานด้านคนพิการ/หน่วยงานทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ/ผู้ที่นำเชื่อถือในชุมชนเป็นผู้รับรอง

๒. คุณสมบัติของคนพิการที่จะเสนอชื่อ

๒.๑ เป็นคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ

๒.๒ มีอายุ ๑๘ ปี บริบูรณ์ ขึ้นไป

๒.๓ เป็นคนพิการประเภทใดประเภทหนึ่งใน ๗ ประเภทความพิการดังนี้

๒.๓.๑ พิกัดทางการเห็น

๒.๓.๒ พิกัดทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย

๒.๓.๓ พิกัดทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

๒.๓.๔ พิกัดทางจิตใจหรือพฤติกรรม

๒.๓.๕ พิกัดทางสติปัญญา

๒.๓.๖ พิกัดทางการเรียนรู้

๒.๓.๗ พิกัดออทิสติก

- หากมีความพิการซ้ำซ้อน ให้ถือความพิการที่มากที่สุดเป็นหลักในการพิจารณาประเภทความพิการ
ความพิการที่มีสาเหตุจากการป่วยเป็นโรคโปลิโอ ให้ถือเป็นความพิการที่เกิดขึ้นภายหลัง

๓. หลักฐานประกอบการเสนอชื่อ

๓.๑ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ

๓.๒ ภาพถ่ายหน้าตรง จำนวน ๒ ภาพ

(สำหรับคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ต้องเป็นภาพที่เห็นความพิการอย่างชัดเจน)

๔. การกรอกเอกสารแบบประวัติคนพิการที่จะเสนอชื่อ

๔.๑ โปรดกรอกแบบประวัติคนพิการ โดยใช้ตัวพิมพ์ โดยขอให้จัดส่งต้นฉบับพร้อมถ่ายสำเนา
จำนวน ๑ ชุด

๔.๒ การกรอกรายละเอียดเรียงความเหมาะสมในการเสนอชื่อเพื่อคัดเลือกเป็นบุคคลพิการต้นแบบ
ในหน้า ๒ ข้อ ๑๑ สามารถพิมพ์เป็นเอกสารแนบเพิ่มเติมได้ แต่ต้องมีความยาวไม่เกิน ๑๐ หน้า
กระดาษ A๔

- ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ตามสภาพความพิการและสภาพแวดล้อม หมายถึง การปรับสภาพความพิการในลักษณะต่าง ๆ จนสามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้และดำรงชีวิต เช่นคนปกติ ตามสภาพความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อมของตนเอง และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

- ความพยายามในการศึกษาหาความรู้และการพัฒนาตนเอง หมายถึง การศึกษาทั้งในระบบโรงเรียนหรือนอกโรงเรียน หรือการเพิ่มพูนความรู้ด้วยตนเองจากประสบการณ์และความชำนาญ จนสามารถที่จะนำความรู้มาพัฒนาให้เกิดความก้าวหน้าในชีวิต มีความอดทนต่อสู้ และยืนหยัดอยู่ในสังคมได้

- ความสามารถในการทำงานหรือการประกอบอาชีพ หมายถึง การนำความรู้ ประสบการณ์ หรือความชำนาญไปประกอบอาชีพสุจริต ให้มีรายได้ เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ของชีวิตให้ดีขึ้น หรือมีรายได้มากขึ้นจนสามารถสร้างหลักฐานความมั่นคงให้แก่ตนเองและครอบครัว

- คุณภาพชีวิตของครอบครัว ความเป็นผู้มีคุณธรรมและการบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม หมายถึง การมีครอบครัวที่อบอุ่นและมั่นคง เป็นผู้มีคุณประพฤดี เป็นที่ยอมรับของบุคคลทั่วไป ทำคุณประโยชน์ให้แก่ชุมชนด้วยกำลังกาย กำลังใจหรือกำลังทรัพย์ ตามสภาพความเป็นอยู่ของตน และตามสภาพความพิการของตนเอง เป็นที่ชื่นชมของสังคมหรือนำชื่อเสียงมาสู่ชุมชนและประเทศชาติ

แบบกรอกประวัติคนพิการเพื่อคัดเลือกเป็นคนพิการต้นแบบ ประจำปี ๒๕๖๘



๑. ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล..... อายุ.....ปี
☐ เคยได้รับการเสนอชื่อเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่างของจังหวัดนนทบุรี ในปี พ.ศ.
☐ ไม่เคยได้รับการเสนอชื่อเข้ารับการคัดเลือกเป็นคนพิการตัวอย่าง
☐ เคยได้รับการประกาศเกียรติคุณของหน่วยงาน..... ในปี พ.ศ.

๒. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
 โทรศัพท์.....

๓. ประเภทความพิการ

- | | |
|---|--|
| ☐ พิการทางการเห็น
☐ ตาเห็นเลือนราง
☐ ตาบอดสนิท
☐ | ☐ พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
☐ โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ
.....
..... |
| ☐ พิการทางการได้ยิน หรือสื่อความหมาย
☐ หูตึง
☐ หูหนวก
☐ มีความบกพร่องทางการสื่อความหมาย
โปรดระบุ | ☐ พิการทางสติปัญญา
☐ โปรดระบุระดับสติปัญญา.....
☐ พิการทางการเรียนรู้
☐ โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ
.....
..... |
| ☐ พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
☐ โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ
.....
..... | ☐ พิการออทิสติก
☐ โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ
.....
..... |
| ☐ มีความพิการซ้ำซ้อนอื่น ๆ ร่วมด้วย
☐ มี โปรดระบุ..... ☐ ไม่มี | |

๔. ประวัติความพิการ

- ☐ พิการแต่กำเนิด ☐ พิการภายหลัง เมื่ออายุ.....ปี

๕. สถานภาพสมรส

- ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ แยกกันอยู่ ☐ หม้าย

๖. จบการศึกษา.....

๗. จำนวนบุตร.....คน ชาย.....คน หญิง.....คน

๑. ชื่อ.....อายุ.....ปี กำลังศึกษา/จบการศึกษา.....อาชีพ.....
 ๒. ชื่อ.....อายุ.....ปี กำลังศึกษา/จบการศึกษา.....อาชีพ.....
 ๓. ชื่อ.....อายุ.....ปี กำลังศึกษา/จบการศึกษา.....อาชีพ.....

๘. อาชีพ อธิบายโดยละเอียด

สถานที่ทำงาน.....

รายได้.....ต่อเดือน หรือ.....ต่อปี

๙. เคยได้รับการประกาศเกียรติคุณในเรื่องใดมาก่อนหรือไม่ เมื่อใด เอกสารหรือหลักฐานที่ส่งมาประกอบการพิจารณา (ถ้ามี).....

๑๐. บุคคลที่จะติดต่อกับคนพิการได้คือ นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

๑๑. ความเหมาะสมในการเสนอชื่อเพื่อเข้ารับคัดเลือกเป็นบุคคลพิการต้นแบบ

๑๑.๑ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองตามสภาพความพิการและสภาพแวดล้อม

๑๑.๒ ความพยายามในการศึกษาหาความรู้ และการพัฒนาตนเอง

๑๑.๓ ความสามารถในการทำงานหรือการประกอบอาชีพ

๑๑.๔ คุณภาพชีวิตของครอบครัว ความเป็นผู้มีคุณธรรมและการบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม

(ลงชื่อ).....
(.....)

ผู้เสนอ

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

สถานที่ติดต่อ.....

โทรศัพท์.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้รับรอง

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

สถานที่ติดต่อ.....

โทรศัพท์.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกบุคคลดีเด่นที่ให้การสนับสนุนคนพิการ
ประจำปี ๒๕๖๘

๑. ผลงานที่จะนำมาต้องเป็นการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๖
๒. ผลงานต้องเป็นการพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของคนพิการ
๓. ผลงานต้องเป็นที่ประจักษ์และยอมรับต่อสังคม
๔. ผลงานต้องมีความต่อเนื่องอย่างน้อย ๓ ปี
๕. เป็นผู้มีความดีและมีมนุษยสัมพันธ์
๖. ต้องมีใช้บุคคลที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับคนพิการโดยตรง

แบบเสนอข้อมูลของผู้เข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลดีเด่น
ที่ให้การสนับสนุนงานด้านคนพิการ ประจำปี ๒๕๖๘

๑. ประวัติส่วนตัว

๑.๑ ชื่อ

นาย/นาง/นางสาว _____ นามสกุล _____
วัน/ เดือน/ ปีเกิด _____ อายุ _____ ปี

๑.๒ ที่อยู่ปัจจุบัน

เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____
ถนน _____ ตำบล/แขวง _____
อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____
โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____

๑.๓ คุณวุฒิการศึกษา

☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา ☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ) _____

๑.๔ อาชีพปัจจุบัน

☐ รับราชการ ☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ รับจ้าง
☐ ประกอบอาชีพอิสระ (โปรดระบุ) _____
☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ) _____

สถานที่ทำงาน _____

๑.๕ สถานภาพทางครอบครัว

☐ โสด ☐ สมรส
☐ คู่สมรสแยกกันอยู่/หย่าร้าง ☐ คู่สมรสถึงแก่กรรม

ชื่อคู่สมรส นาย/นาง _____

อาชีพปัจจุบัน _____ ตำแหน่ง _____

สถานที่ทำงาน _____

๑.๖ ชื่อบุคคลที่ให้การรับรองหรือสามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติมได้ จำนวน ๒ ท่าน

๑) นาย/นาง/นางสาว _____ นามสกุล _____ โทรศัพท์ _____

ตำแหน่ง _____

สถานที่ติดต่อ _____

ความสัมพันธ์ _____

๒) นาย/นาง/นางสาว _____ นามสกุล _____ โทรศัพท์ _____

ตำแหน่ง _____

สถานที่ติดต่อ _____

ความสัมพันธ์ (ระบุ _____)

๒. ผลงานการดำเนินงานด้านคนพิการ

๒.๑ ผลงานที่จะนำมาต้องเป็นการพัฒนาศักยภาพของคนพิการเพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมในแต่ละประเภทความพิการ อาทิ การจัดทำโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน การจัดสวัสดิการให้คนพิการ การส่งเสริมอาชีพคนพิการ การส่งเสริมให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอิสระ การส่งเสริมให้คนพิการมีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์และเสมอภาคกับบุคคลทั่วไป การส่งเสริมให้คนพิการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การสร้างปรับปรุง หรือสนับสนุนสภาพแวดล้อมให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ เป็นต้น (เป็นผลงาน ๓ ปีย้อนหลัง)

หน่วยงานที่ไปสนับสนุน

☐

ภาครัฐ

☐

ภาคเอกชน

☐

ชุมชน

☐

บุคคล

☐

อื่นๆ ระบุ.....

เริ่มต้นการดำเนินงาน (ปี)	กิจกรรม	หน่วยงานที่ไปสนับสนุน	ระยะเวลา

๒.๒ ผลงานต้องเป็นการพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของคนพิการ เช่น สิทธิที่จะทำให้คนพิการเข้าถึงและได้รับประโยชน์จากบริการและการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพ สังคม และอื่น ๆ อาทิ การชี้แจง แนะนำบิดา มารดา ผู้ดูแล หรือผู้ช่วยของคนพิการให้เข้าใจ เรื่องสิทธิคนพิการ สร้าง ปรับปรุง หรือจัดทำสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะให้คนพิการมีสิทธิเข้าถึง และใช้ประโยชน์ได้ การนำพาคนพิการไปจดทะเบียนคนพิการ การจัดบริการสวัสดิการให้กับคนพิการ ทั้งทางการแพทย์ การศาสนา การศึกษา สังคม อาชีพ อาทิ การสร้างโครงการให้คนพิการมีงานทำ การจัดหา พื้นที่ให้คนพิการประกอบอาชีพ การจัดช่องทางพิเศษให้กับคนพิการภายในโรงพยาบาล การส่งเสริมการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับความพิการ เป็นต้น (เป็นผลงาน ๓ ปีย้อนหลัง)

หน่วยงานที่ไปสนับสนุน

☐ ภาครัฐ
☐ บุคคล

☐ ภาคเอกชน
☐ อื่นๆ ระบุ.....

☐ ชุมชน

เริ่มต้นการ ดำเนินงาน (ปี)	กิจกรรม	หน่วยงานที่ไปสนับสนุน	ระยะเวลา

๓. ผลงานด้านอื่นที่เป็นการประจักษ์และสังคมยอมรับ

อาทิ ผลงานที่เคยได้รับการประกาศเกียรติคุณ ผลงานเป็นที่ยอมรับและนำมาทำเป็นโครงการต่อเนื่อง ผลงานก่อให้เกิดนวัตกรรมใหม่ๆ ผลงานเป็นที่รู้จักของคนในชุมชนหรือสังคม เป็นต้น (เป็นผลงาน ๓ ปีย้อนหลัง)

เริ่มต้นการดำเนินงาน (ปี)	กิจกรรม	หน่วยงานที่ไปสนับสนุน	ระยะเวลา

๖. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดเป็นความจริง และสามารถตรวจสอบได้

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
()
วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ
()
วันที่.....

**ข้อเสนอแนะในการกรอกแบบเสนอข้อมูล
เพื่อประกอบการพิจารณาคัดเลือกองค์กรที่ให้การสนับสนุน
การดำเนินงานด้านคนพิการดีเด่น**

๑. โปรดกรอกข้อมูลให้ชัดเจน ตรงประเด็น และใช้ตัวพิมพ์ ถ้าช่องว่างสำหรับกรอกข้อความไม่พอสามารถใช้แผ่นต่อไปได้
๒. โปรดใส่เครื่องหมาย ☒ ใน ☐ ที่ต้องการ และเติมข้อความในช่องว่าง พร้อมทั้งแนบเอกสารที่เกี่ยวข้องตามที่ระบุไว้
๓. คำนิยาม “องค์กร” หมายความว่า องค์กรภาคเอกชน องค์กรธุรกิจเอกชน กลุ่ม ชมรม สถาบันทางศาสนา ซึ่งมีได้มีวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับคนพิการโดยตรง
๔. ผู้เสนอ หมายความว่า องค์กรที่ขอเข้ารับการคัดเลือกเอง หรือ องค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ

หมายเหตุ

๑. การกรอกข้อมูลในข้อ ๓ เรื่องผลงานที่สนับสนุนคนพิการ (เกณฑ์การคัดเลือกองค์กรดีเด่นที่ให้การสนับสนุนคนพิการ) หมายถึง การช่วยเหลือ หรือ สนับสนุนในด้าน บริการ / อาสาสมัคร / กิจกรรม ด้านการให้ความรู้ / เป็นที่ปรึกษา / วิชาการ / ด้านบริจาคในรูปของเงิน / ทรัพย์สินและการสนับสนุนด้านอื่นๆ ทั้งนี้ โปรดระบุว่าเริ่มดำเนินการเมื่อไร เรื่องอะไร และแก่หน่วยงานใด หรือกลุ่มบุคคลใด
๒. ควรแนบเอกสารหรือหลักฐานที่ส่งมาเพื่อประกอบการพิจารณา เช่น แผ่นพับขององค์กร ใบเสร็จรับเงิน หนังสือตอบรับ / ขอบคุณการสนับสนุน และภาพถ่ายกิจกรรม

.....

๒. การจัด หรือ สนับสนุนด้านให้ความรู้ / วิชาการ / เป็นที่ปรึกษา

ครั้งที่	วัน เดือน ปี	กิจกรรม	หน่วยงานที่สนับสนุน

๓. การสนับสนุนด้านการบริจาคเงิน / ทรัพย์สิน / กิจกรรมที่มีมูลค่า

ครั้งที่	วัน เดือน ปี	กิจกรรม	หน่วยงานที่สนับสนุน

๔. การสนับสนุนด้านอื่นๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ
(.....)

ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน / องค์กร
สถานที่ติดต่อ.....
.....

วันที่...../...../.....

หลักเกณฑ์การคัดเลือกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดีเด่นด้านการจัดสวัสดิการ
สำหรับคนพิการ ประจำปี ๒๕๖๘

๑. เป็นองค์การบริหารส่วนจังหวัด / เทศบาลนคร / เทศบาลเมือง / เทศบาลตำบล / องค์การบริหารส่วนตำบล
๒. ระยะเวลาในการดำเนินงานการจัดสวัสดิการด้านคนพิการอย่างน้อย ๑ ปี
๓. ให้การสนับสนุนในกิจกรรมที่มีความหลากหลายตามประเภทความพิการ

ข้อแนะนำในการกรอกแบบเสนอข้อมูล
เพื่อประกอบการพิจารณาคัดเลือกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดีเด่น
ด้านการจัดสวัสดิการสำหรับคนพิการ ประจำปี ๒๕๖๘

๑. โปรดกรอกข้อมูลให้ชัดเจน ตรงประเด็น และใช้ตัวพิมพ์ ถ้าช่องว่างสำหรับกรอกข้อความไม่พอ สามารถใช้แผ่นต่อไปได้
๒. โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ใน ☐ ที่ต้องการ และเติมข้อความในช่องว่าง พร้อมทั้งแนบเอกสารที่เกี่ยวข้องตามที่ระบุไว้

หมายเหตุ

๑. การกรอกข้อมูลในข้อ ๒ เรื่องผลงานด้านการจัดสวัสดิการคนพิการ แบ่งเป็น ๔ ด้าน ดังนี้
- ๑.๑ บริการด้านสุขภาพอนามัย หมายถึง การจัดฝึกอบรมให้ความรู้ / การออกหน่วยเคลื่อนที่ / จัดให้มีหน่วยเคลื่อนที่สำหรับบริการพยาบาลแบบฉุกเฉินและอื่นๆ
- ๑.๒ ส่งเสริมการอยู่ร่วมกัน และสร้างความเข้มแข็งด้านองค์กรคนพิการ หมายถึง ส่งเสริมให้มีการร่วมตัวเป็นชมรมคนพิการ ผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย / จัดให้มีการจัดกิจกรรมด้านสวัสดิการสังคม การนันทนาการ และอื่นๆ
- ๑.๓ ส่งเสริมอาชีพหรือรายได้ของคนพิการ หมายถึง จัดฝึกอบรมวิชาชีพให้ความรู้ในอาชีพต่างๆ ประสานกับสถานประกอบการเพื่อเปิดโอกาสให้คนพิการเข้าทำงานและอื่นๆ
- ๑.๔ การบริหารจัดการระบบพัฒนาคุณภาพชีวิต หมายถึง การจัดทำฐานข้อมูลคนพิการ / การประชาสัมพันธ์ให้คนพิการได้รับทราบถึงสิทธิของตนเองในการเข้าถึงบริการของรัฐ / จัดให้มีอาสาสมัครดูแลคนพิการ / เปิดโอกาสให้คนพิการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นและอื่นๆ
๒. ให้แนบเอกสารมาเพื่อประกอบการพิจารณา เช่น แผ่นพับการจัดกิจกรรม ภาพถ่ายกิจกรรม
๓. ให้แนบผลงานช่วงของปีงบประมาณ ๒๕๖๗

.....

แบบเสนอข้อมูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อการคัดเลือกเป็น

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดีเด่น

ด้านการจัดสวัสดิการสำหรับคนพิการ ประจำปี ๒๕๖๘

๑. ข้อมูลเบื้องต้น

๑.๒ ชื่อองค์กร.....

๑.๒ ชื่อผู้บริหารองค์กร

๑.๓ ที่ตั้งเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

๑.๔ วัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการสำหรับคนพิการ

.....

.....

.....

.....

๑.๕ วิสัยทัศน์ขององค์กร

.....

.....

.....

.....

๑.๖ แนวคิดหรือหลักการทำงานด้านคนพิการ

.....

.....

.....

.....

๑.๗ เริ่มจัดกิจกรรมด้านคนพิการตั้งแต่ปี..... (นอกเหนือจากการจ่ายเงินเบี้ยความพิการ)

๑.๘ เริ่มมีข้อบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการคนพิการ ตั้งแต่ปี

๑.๙ ลักษณะขององค์กร

๑.๙.๑ ☐ องค์การบริหารส่วนจังหวัด

๑.๙.๒ ☐ เทศบาลนคร ☐ เทศบาลเมือง ☐ เทศบาลตำบล

๑.๙.๓ ☐ องค์การบริหารส่วนตำบล

๑.๑๐ เป็นองค์กรที่ได้รับการประกาศเกียรติคุณด้านต่างๆ

☐ เคยได้รับการประกาศเกียรติคุณ ด้าน.....

เมื่อปี.....จากหน่วยงาน.....

☐ ไม่เคยได้รับ

๔) การจัดหน่วยเคลื่อนที่สำหรับรักษาพยาบาลแบบฉุกเฉินแก่คนพิการ

๔.๑) ในกรณีฉุกเฉินมีการกำหนดให้มีการแจ้งเรียกหน่วยเคลื่อนที่สำหรับรักษาพยาบาลได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง จากหมายเลขโทรศัพท์ที่กำหนด หรือจากการประสานงานจากหน่วยงาน หรืออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) โดยวิธีดังต่อไปนี้

(๑) จัดให้มีรถพยาบาลพร้อมแพทย์ พยาบาลที่สามารถเข้าไปรักษาพยาบาลได้เลย

☐ มีการดำเนินการ ☐ ไม่มีการดำเนินการ

(๒) จัดให้มียานพาหนะและอุปกรณ์รักษาพยาบาลเบื้องต้นรับผู้ป่วยฉุกเฉินไปส่งต่อให้กับโรงพยาบาลอย่างปลอดภัย

☐ มีการดำเนินการ ☐ ไม่มีการดำเนินการ

๔.๒) ในกรณีปกติจัดให้มีพาหนะประสานส่งต่อคนพิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

☐ มีการดำเนินการ ☐ ไม่มีการดำเนินการ

๒.๒ การส่งเสริมการอยู่ร่วมกัน และสร้างความเข้มแข็งด้านองค์กรคนพิการ (สามารถขีด ✓ ใน ☐ ได้มากกว่า ๑ ข้อ ตามที่ได้ดำเนินการ)

๑) มีการส่งเสริม สนับสนุนให้มีการรวมตัวกันเป็นชมรม/องค์กรคนพิการ ผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย

☐ สมาคม/ชมรมคนพิการทุกประเภทระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

☐ ชมรม/องค์กรคนพิการในชุมชนในหมู่บ้าน

☐ หน่วยงาน องค์กร หรือคณะกรรมการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับคนพิการในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
โปรดระบุ.....

๒) มีการจัด และ/หรือ ส่งเสริมให้สมาคม/ชมรม/องค์กรคนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ/ภาคีเครือข่าย
จัดกิจกรรมเพื่อคนพิการในด้านใด

☐ ด้านสวัสดิการสังคม โปรดระบุ.....

☐ การนันทนาการและอื่นๆ โปรดระบุ.....

☐ การทัศนศึกษา

☐ กิจกรรมการออกกำลังกาย

☐ กิจกรรมอื่นๆ โปรดระบุ.....

๒.๓ การส่งเสริมอาชีพหรือรายได้ของคนพิการ (สามารถขีด ✓ ใน ☐ ได้มากกว่า ๑ ข้อ ตามที่ได้ดำเนินการ)

๒) มีการจัดให้คนพิการ และผู้ดูแลเข้าร่วมฝึกอาชีพและอบรมให้ความรู้ในอาชีพต่าง ๆ คิดเป็น

ร้อยละของคนพิการในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีกิจกรรมดังนี้

☐ ฝึกอาชีพกับกลุ่มอาชีพที่มีอยู่แล้วในท้องถิ่น

☐ ให้ความรู้ในการประกอบอาชีพด้านฝีมือแรงงาน เช่น การวาดแผนโบราณ การประดิษฐ์ดอกไม้ ฯลฯ

☐ ให้ความรู้ในการประกอบอาชีพอิสระ เช่น การเลี้ยงไก่ เลี้ยงปลา เย็บผ้า ฯลฯ

☐ แนะนำแหล่งเงินทุนสำหรับประกอบอาชีพให้แก่คนพิการ

☐ กิจกรรมอื่นๆ โปรดระบุ.....

๒) มีการเปิดโอกาสให้คนพิการเข้าทำงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ/หรือ ประสานกับ
สถานประกอบการ เพื่อเปิดโอกาสให้คนพิการที่มีความพร้อมและมีศักยภาพเข้าทำงาน

๑) ☐ มีการดำเนินการ ☐ ไม่มีการดำเนินการ

๒) ถ้ามี คิดเป็นจำนวนร้อยละของจำนวนคนพิการที่แจ้งความประสงค์จะขอทำงาน

๒.๔ การบริหารจัดการระบบพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

๑) การจัดทำฐานข้อมูลคนพิการ

๑.๑ มีการจัดทำฐานข้อมูลคนพิการในพื้นที่และสำรวจความต้องการความช่วยเหลือจากภาครัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

☐ มีการดำเนินการ ☐ ไม่มีการดำเนินการ

๑.๒ คนพิการที่จดทะเบียนแล้วร้อยละ ของจำนวนคนพิการในพื้นที่

๑.๓ มีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการร้อยละ ของคนพิการในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่อยู่ในเกณฑ์ได้รับ

๑.๔ จัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่คนพิการให้เข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ โดยให้เป็นไปตามกฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพและคนชรา พ.ศ. ๒๕๔๘ เช่น

☐ ห้องน้ำสำหรับคนพิการในอาคารสำนักงาน ตลาดสด หรือสถานที่สาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

☐ ทางเดินลาดพร้อมราวจับสำหรับคนพิการ ในอาคาร สถานที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลาดสด หรือสถานที่สาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

☐ ให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ที่อยู่อาศัยให้มีความปลอดภัยและอำนวยความสะดวกแก่คนพิการ

๒) ในด้านข้อมูลข่าวสาร ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประชาสัมพันธ์ สื่อสารให้คนพิการได้รับทราบถึงสิทธิของตนเองในการเข้าถึงบริการของรัฐ โดยอย่างน้อยต้องมีข้อมูลข่าวสาร ดังนี้ (สามารถขีด ✓ ใน ☐ ได้มากกว่า ๑ ข้อ ตามที่ได้ดำเนินการ)

☐ การจดทะเบียนคนพิการ เพื่อให้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และการช่วยเหลืออื่นจากรัฐ เป็นต้น โดยใช้สื่อที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ เช่น หอกระจายข่าว แผ่นพับ หรือโปสเตอร์ขนาดใหญ่

☐ สิทธิในการขอรับเงินเบี้ยความพิการ

☐ สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมตามกฎหมาย

☐ สิทธิในการได้รับบริการการศึกษา

☐ สิทธิในการเข้าไปมีส่วนร่วมทางการเมืองทั้งระดับชาติ และระดับท้องถิ่นตามกฎหมาย

๓) การจัดให้มีอาสาสมัครดูแลคนพิการ (สามารถขีด ✓ ใน ☐ ได้มากกว่า ๑ ข้อ ตามที่ได้ดำเนินการ)

☐ ส่งเสริมสนับสนุนให้มีอาสาสมัครดูแลคนพิการในทุกชุมชน/หมู่บ้าน

☐ จัดอบรมเบื้องต้นให้แก่อาสาสมัครดูแลคนพิการเพื่อส่งเสริมให้มีอาสาสมัครที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ

☐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประสานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จัดระบบสนับสนุนการปฏิบัติงานอาสาสมัครดูแลคนพิการโดยการให้ความช่วยเหลือ หรือเป็นที่ปรึกษา หรือให้คำแนะนำการปฏิบัติงานของอาสาสมัครดูแลคนพิการให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม

☐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติงานแก่อาสาสมัครดูแลคนพิการตามความจำเป็นเหมาะสมและสอดคล้องกับสถานะทางการเงินการคลังของท้องถิ่นท้องถิ่น

๔) งบประมาณที่ใช้เพื่อการจ่ายเงินเบี้ยความพิการเป็นวงเงินทั้งสิ้นรวม.....บาท

โดยใช้เงินอุดหนุนที่รัฐบาลจัดสรรให้บาท และมีเงินที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สมทบเพิ่มเติมอีกบาท

๕) เปิดโอกาสให้คนพิการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นและพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง และของชมรม/องค์กร ดังนี้ (สามารถขีด ✓ ใน ☐ ได้มากกว่า ๑ ข้อ ตามที่ได้ดำเนินการ)

- ☐ ในการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นจากประชาชน ให้มีการเชิญผู้แทนชมรม/องค์กรคนพิการ เข้าร่วมเสนอข้อคิดเห็นในการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่น และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พิจารณานำข้อคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะของคนพิการบรรจุ ไว้ในแผนพัฒนาท้องถิ่น
- ☐ ส่งเสริมให้คนพิการ หรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิต ในด้านที่เป็นประโยชน์โดยรวมต่อชมรม/องค์กร หรือต่อคน พิการและผู้ดูแล

☐ ด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โปรดระบุ.....

๒.๕ การส่งเสริมด้านการศึกษาเด็กพิการ (สามารถขีด ✓ ใน ☐ ได้มากกว่า ๑ ข้อ ตามที่ได้ดำเนินการ)

- ☐ การให้ทุนการศึกษา จำนวน คน เป็นเงิน บาท
- ☐ ประสานส่งต่อเด็กพิการเข้าเรียนในสถานศึกษาอื่น จำนวน คน เป็นเงิน.....บาท
- ☐ ด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ระบุ

ที่	กิจกรรม	วัน เดือน ปี ที่จัด กิจกรรม	งบประมาณ	จำนวน/ประเภท คนพิการที่ได้รับ ประโยชน์	หมายเหตุ

ขอรับรองว่าข้อมูลในแบบเสนอข้อมูล และเอกสารหลักฐานประกอบเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อผู้จัดทำข้อมูล
()

ลงชื่อผู้เสนอข้อมูล
()

นายก.....

**ข้อเสนอแนะในการออกแบบเสนอข้อมูล
เพื่อประกอบการพิจารณาคัดเลือกสถานประกอบการดีเด่นด้านการจ้างงานคนพิการ**

๑. โปรดกรอกข้อมูลให้ชัดเจน ตรงประเด็น และใช้ตัวพิมพ์ ถ้าช่องว่างสำหรับกรอกข้อความไม่พอสามารถใช้แผ่นต่อไปได้
๒. โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ใน ☐ ที่ต้องการ และเติมข้อความในช่องว่าง พร้อมทั้งแนบเอกสารที่เกี่ยวข้องตามที่ระบุไว้ (ถ้ามี)
๓. ข้อมูลที่ได้นี้ถือเป็นความลับ จะไม่เปิดเผยต่อบุคคลทั่วไป เว้นแต่ได้รับคำยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล
๔. ผู้เสนอ หมายความว่า สถานประกอบการที่ขอเข้ารับการคัดเลือก หรือ หน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ
๕. สถานประกอบการที่ได้รับการเสนอชื่อ ต้องเป็นสถานประกอบการที่รับคนพิการเข้าทำงานแล้วเป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๑ ปี

หมายเหตุ

๑. สถานประกอบการ หมายถึง หน่วยงานของรัฐและเอกชนซึ่งมีลูกจ้างตั้งแต่หนึ่งร้อยคนขึ้นไป รับคนพิการที่สามารถทำงานได้ไม่ว่าจะอยู่ในตำแหน่งใดในอัตราส่วนลูกจ้างที่มีใช้คนพิการทุกหนึ่งร้อยคน ต่อคนพิการหนึ่งคนเศษของหนึ่งร้อยคนถ้าเกินห้าสิบคนต้องรับคนพิการเพิ่มอีกหนึ่งคน
๒. ควรแนบเอกสารประกอบการพิจารณา ได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สัญญาจ้างซึ่งมีระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๑ ปี สำเนา สปส.๑ - ๑๐ ส่วนที่ ๒ ระบุชื่อคนพิการ สำเนาแบบรายงานผลการปฏิบัติตามกฎหมายในการจ้างงานคนพิการ ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ รายงานกิจกรรมระเบียบการให้สวัสดิการแก่คนพิการ ภาพถ่ายกิจกรรมต่าง ๆ ของสถานประกอบการ เป็นต้น

.....

แบบเสนอข้อมูลของสถานประกอบการที่เข้ารับการคัดเลือก
เป็นสถานประกอบการดีเด่นด้านการจ้างงานคนพิการ

๑. ชื่อสถานประกอบการ
๒. ชื่อเจ้าของสถานประกอบการ.....
๓. ประเภทสถานประกอบการ.....
๔. ที่ตั้งสถานประกอบการ เลขที่ หมู่ที่..... ตรอก / ซอย.....
ถนน ตำบล / แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรสาร.....
๕. วัน เดือน ปี ที่ก่อตั้งสถานประกอบการ/...../.....
๖. จำนวนลูกจ้างทั้งหมด..... คน ชาย.....คน หญิงคน
๗. เริ่มรับคนพิการเข้าทำงาน ตั้งแต่ปี.....
๘. จำนวนคนพิการที่ทำงานอยู่ในปัจจุบันคน (ร้อยละ.....ของพนักงานทั้งหมด)
- ๘.๑ จดทะเบียนคนพิการแล้ว จำนวน.....คน ชายคน หญิงคน
- ๘.๒ ยังไม่ได้จดทะเบียนคนพิการ จำนวนคน ชาย คน หญิง คน
- ๘.๓ ตำแหน่งงานที่คนพิการทำ

ที่	ตำแหน่งงาน	ลักษณะ ความพิการ	จำนวน (คน)	ชาย (คน)	หญิง (คน)	กายอุปกรณ์/เครื่องช่วย ความพิการที่พนักงานพิการ ใช้อยู่
๑.						
๒.						
๓.						
๔.						
๕.						
๖.						
๗.						
๘.						
๙.						
๑๐.						

๘.๔ ลักษณะงานพิเศษ

- ☐ ไม่มี
- ☐ มี เช่น ระบุการจัดแบ่งงานให้คนพิการไปทำที่บ้าน / การจ้างเหมางานภายนอก
จำนวน คน ชาย คน หญิง คน

๘.๕ วัตถุประสงค์ของการจัดแบ่งงานให้คนพิการไปทำที่บ้าน

.....

.....

.....

.....

๙. นโยบายการจ้างงานคนพิการของสถานประกอบการ

.....

.....

.....

.....

๑๐. อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกที่สถานประกอบการจัดให้คนพิการ ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ☐ อุปกรณ์การทำงาน ซึ่งจัดหรือปรับให้คนพิการ
- ☐ ทางลาดถาวร
- ☐ ห้องน้ำซึ่งมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ จำนวนห้อง
- ☐ ลิฟต์ซึ่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ จำนวนตัว
- ☐ ที่จอดรถที่จัดไว้สำหรับคนพิการ จำนวนช่อง
- ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

๑๑. โปรดระบุลักษณะการจัดสวัสดิการเป็นพิเศษสำหรับพนักงานพิการ เช่น การจัดที่พักให้คนพิการ
จัดเวลาพักกลางวันโดยให้รับประทานอาหารกลางวันก่อน ฯลฯ

ครั้งที่	วัน เดือน ปี	ลักษณะสวัสดิการ	ผลที่พนักงานพิการได้รับ

๑๔. โปรดระบุลักษณะการจัดอาชีวะอนามัยและความปลอดภัยในสถานประกอบการ ซึ่งดำเนินการเป็นพิเศษสำหรับคนพิการ เช่น ปรับสถานที่ทำงานให้เหมาะสมกับสภาพความพิการ ติดสัญญาณไฟสำหรับคนหูหนวก

ครั้งที่	วัน เดือน ปี	ลักษณะการดำเนินงาน	หมายเหตุ

ลงชื่อ.....

(.....)

นายจ้าง หรือ ผู้มีอำนาจกระทำการแทน กรณีสถานประกอบการเป็นนิติบุคคล
ตำแหน่ง.....และประทับตรานิติบุคคล

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ

ตำแหน่ง

หน่วยงาน / องค์กร.....

สถานที่ติดต่อ.....

.....

โทรศัพท์.....

วันที่...../...../.....