



แบบฟอร์มเสนอชื่อองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น ประจำปี 2561
คำชี้แจง – โปรดเติมข้อความในช่องว่าง และใส่เครื่องหมาย X บน ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

1. ข้อมูลทั่วไปขององค์กรที่ขอรับรางวัลสนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น

1.1 ชื่อสถานประกอบการ / องค์กรฯ

1.2 ที่อยู่องค์กรฯ (ที่สามารถติดต่อได้) เลขที่.....ตรอก / ซอย.....

หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์.....เว็บไซต์.....

อีเมล.....โทรสาร.....

อื่น ๆ.....

1.3 ประเภท/ลักษณะ/ธุรกิจ/กิจการขององค์กรฯ (อธิบายโดยสังเขป)

1.4 วิสัยทัศน์ขององค์กร

1.5 เว็บไซต์

2. ข้อมูลประเภทและระดับรางวัลขององค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น

2.1 ประเภทองค์กรฯ จำแนกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ ประเภทที่ 1 องค์กรที่ส่งเสริมการมีงานทำของคนพิการ
- ☐ ประเภทที่ 2 องค์กรที่ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในด้านอื่น ๆ
- ☐ ประเภทที่ 3 องค์กรสื่อมวลชนที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ

2.2 ระดับรางวัลขององค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น (จำแนกตามระยะเวลาที่ได้รับรางวัล)

- ☐ ระดับที่ 1 ระดับดีเด่น (ระยะเวลาที่ได้รับรางวัล - น้อยกว่า 5 ปี)
- ☐ ระดับที่ 2 ระดับดีเยี่ยม (ระยะเวลาที่ได้รับรางวัลต่อเนื่อง 5 - 10 ปี)
- ☐ ระดับที่ 3 ระดับเกียรติคุณ (ระยะเวลาที่ได้รับรางวัลต่อเนื่อง 10 - 20 ปี)
- ☐ ระดับที่ 4 ระดับเกียรติยศ (ระยะเวลาที่ได้รับรางวัลต่อเนื่อง มากกว่า 20 ปี)

3. ข้อมูลประวัติการได้รับรางวัลขององค์กรที่ขอรับรางวัลสนับสนุนงานด้านคนพิการ

☐ ยังไม่เคยได้รับรางวัล

☐ ได้รับรางวัลฯ (ระบุครั้งที่ พ.ศ.ที่รับประเภทองค์กร และระดับรางวัลตามข้อ 2)

ครั้งที่ 1 เมื่อปี พ.ศ..... ประเภท ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ระดับ ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

ครั้งที่ 2 เมื่อปี พ.ศ..... ประเภท ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ระดับ ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

ครั้งที่ 3 เมื่อปี พ.ศ..... ประเภท ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ระดับ ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

ครั้งที่ 4 เมื่อปี พ.ศ..... ประเภท ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ระดับ ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

ครั้งที่ 5 เมื่อปี พ.ศ..... ประเภท ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ระดับ ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

ครั้งที่ 6 เมื่อปี พ.ศ..... ประเภท ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ระดับ ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

ครั้งที่ 7 เมื่อปี พ.ศ..... ประเภท ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ระดับ ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

ครั้งที่ 8 เมื่อปี พ.ศ..... ประเภท ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ระดับ ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

4. ข้อมูลเพื่อขอรับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น

☐ 4.1 ประเภทองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ได้แก่

☐ 1.องค์กรที่ส่งเสริมการมีงานทำของคนพิการ

☐ 2.องค์กรที่ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในด้านอื่น ๆ

☐ 3.องค์กรสื่อมวลชนที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ .

☐ 4. ระดับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่นที่สนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น ได้แก่

☐ 1. ดีเด่น

☐ 2 ดีเยี่ยม

☐ 3 เกียรติคุณ -

☐ 4 เกียรติยศ -

5. โครงการหรือกิจกรรมด้านคนพิการที่ได้ดำเนินงาน และเป็นที่น่าสนใจ

☐ 5.1 โครงการหรือกิจกรรมความยาวไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4

☐ 5.2 Infographic ความยาวไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4

☐ 5.3 VTR Presentation ความยาวไม่เกิน 3 นาที

6. ข้อมูลผู้ประสานงาน เพื่อขอรับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น

ชื่อ.....ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail.....

7.หน่วยงานที่เสนอชื่อองค์กรขอรับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น

(ถ้ามี) ชื่อ.....ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail.....

รางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น

1. ประเภทองค์กรที่ส่งเสริมการมีงานทำของคนพิการ

1. การจ้างงานคนพิการ (มาตรา 33) (พร้อมเอกสารแนบ)

1.1 ระยะเวลาในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมงานด้านคนพิการ ปี

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

1.3 สวัสดิการอื่น ๆ ที่ส่งเสริมและสนับสนุนแก่ลูกจ้างพิการ

☐ 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.	การจ้างงานคนพิการ	
2.	การให้สัมปทานพื้นที่ หรือการใช้ประโยชน์จากอาคาร สถานที่หรือทรัพย์สินของหน่วยงานของรัฐหรือสถานประกอบการ	
3.	การจัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ	
4.	การจ้างเหมาช่วงงานหรือเหมาบริการ	
5.	การฝึกงานให้แก่คนพิการหรือผู้ดูแล	
6.	การจัดอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก หรือบริการสำหรับคนพิการที่สถานประกอบการ รวมในและนอกสถานประกอบการ รวมทั้งจอดรถ	
7.	การจัดให้มีบริการล่ามภาษามือ (กรณีที่มีคนพิการทางการได้ยิน 20 คนขึ้นไป)	
8.	การช่วยเหลืออื่นใด เช่น การสนับสนุนด้านการเงิน วัสดุ ครุภัณฑ์ รวมถึงการซื้อผลิตภัณฑ์จากคนพิการ โดยมูลค่าจะต้องไม่ต่ำกว่าการส่งเงินเข้ากองทุนกรณีซื้อสินค้ากำไรจะต้องไม่ต่ำกว่าจำนวนเงินที่ส่งเข้ากองทุน	
รวมทั้งสิ้น		

2. ประเภทองค์กรที่ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในด้านอื่น ๆ

1. จำนวนลูกจ้างทั้งหมด.....คน จำนวนลูกจ้างพิการ.....คน
2. มูลค่าการจ้างงานคนพิการทั้งหมด.....บาทต่อปี
3. กิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ /การให้ทุนการศึกษา/ การสนับสนุนงบประมาณหรือการบริจาค เพื่อช่วยเหลืองานด้านคนพิการ โดยจะต้องให้การสนับสนุนเป็นมูลค่า 1,000,000.- บาทขึ้นไปต่อปี

ลำดับ	รายการ	มูลค่า
1.		
2.		

4. หลักฐานผลการดำเนินงานปี2561

☐ รูปถ่าย ☐ ใบเสร็จ ☐ อื่น

3. ประเภทองค์กรสื่อมวลชนที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ

1. จำนวนลูกจ้างทั้งหมด.....คน จำนวนลูกจ้างพิการ.....คน
2. มูลค่าการจ้างงานคนพิการทั้งหมด.....บาทต่อปี
3. การสนับสนุนและส่งเสริมการสร้างเจตคติที่ดีของคนในสังคมต่อคนพิการในวงกว้าง

ลำดับ	รายการ	หน่วยนับ	การดำเนินงาน	มูลค่า
1.	รายการ/สื่อบนการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ (พร้อมแนบตัวอย่างหรือหลักฐาน)	จำนวนรายการ/สื่อบน		
2.	ช่องทางในการเผยแพร่	จำนวนช่องทาง		
3.	ส่งเสริมให้คนพิการสามารถเข้าถึงสื่อประเภทต่าง ๆ อาทิ ล่ามภาษามือ บทบรรยาย เป็นต้น	จำนวนรายการ/สื่อบน		
4.	การส่งเสริมให้คนพิการสามารถเข้าถึงสิทธิคนพิการ	จำนวนรายการ/สื่อบน		

4. หลักฐานผลการดำเนินงานปี2561

☐ รูปถ่าย ☐ ใบเสร็จ ☐ อื่น ๆ

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่าข้อมูลที่เสนอเข้ารับรางวัลองค์กรสนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2561 เป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้เสนอ
(.....)

ตำแหน่ง
(ผู้บริหารหรือกรรมการผู้จัดการขององค์กร)

*****กรุณาส่งแบบตอบรับกลับมาที่กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ*****

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน หมายเลขโทรสาร 02 354 5026 โทรศัพท์ 02-354 3893

ติดต่อ นางลัดดา พ่วงไพโรจน์ 092 637 4544 หรือ นางสาวมลฤดี สมนึก 094 823 1269

หรือทาง E- mail:deppolicy@gmail.com กรุณาส่งแบบตอบรับภายใน วันจันทร์ที่ 8 ตุลาคม 2561

รางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการต่อเนื่อง

1. ประเภทองค์กรที่ส่งเสริมการมีงานทำของคนพิการ

1. การจ้างงานคนพิการ (มาตรา 33) (พร้อมเอกสารแนบ)

1.1 ระยะเวลาในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมงานด้านคนพิการ ปี

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

1.3 สวัสดิการอื่น ๆ ที่ส่งเสริมและสนับสนุนลูกจ้างพิการ

☐ 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.	การจ้างงานคนพิการ	
2.	การให้สัมปทานพื้นที่ หรือการใช้ประโยชน์จากอาคาร สถานที่หรือทรัพย์สินของหน่วยงานของรัฐหรือสถานประกอบการ	
3.	การจัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ	
4.	การจ้างเหมาช่วงงานหรือเหมาบริการ	
5.	การฝึกงานให้แก่คนพิการหรือผู้ดูแล	
6.	การจัดอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก หรือบริการสำหรับคนพิการที่สถานประกอบการ รวมในและนอกสถานประกอบการ รวมทั้งจอดรถ	
7.	การจัดให้มีบริการล่ามภาษามือ (กรณีที่มีคนพิการทางการได้ยิน 20 คนขึ้นไป)	
8.	การช่วยเหลืออื่นใด เช่น การสนับสนุนด้านการเงิน วัสดุ ครุภัณฑ์ รวมถึงการซื้อผลิตภัณฑ์จากคนพิการ โดยมูลค่าจะต้องไม่ต่ำกว่าการส่งเงินเข้ากองทุนกรณีซื้อสินค้ากำไรจะต้องไม่ต่ำกว่าจำนวนเงินที่ส่งเข้ากองทุน	
รวมทั้งสิ้น		

3. ตารางเปรียบเทียบการสนับสนุนงานด้านคนพิการ (สรุปโดยสังเขป)

การดำเนินงานในปีที่ผ่านมา	การดำเนินงานในปัจจุบัน

2. ประเภทองค์กรที่ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในด้านอื่น ๆ

1. จำนวนลูกจ้างทั้งหมด.....คน จำนวนลูกจ้างพิการ.....คน
2. มูลค่าการจ้างงานคนพิการทั้งหมด.....บาทต่อปี
3. กิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ /การให้ทุนการศึกษา/ การสนับสนุนงบประมาณหรือการบริจาค เพื่อช่วยเหลืองานด้านคนพิการ โดยจะต้องให้การสนับสนุนเป็นมูลค่า 1,000,000.- บาทขึ้นไปต่อปี

ลำดับ	รายการ	มูลค่า
1.		

4. ตารางเปรียบเทียบการสนับสนุนงานด้านคนพิการ (สรุปโดยสังเขป)

การดำเนินงานในปีที่ผ่านมา	การดำเนินงานในปัจจุบัน

5. หลักฐานผลการดำเนินงานปี2561

- ☐ รูปถ่าย ☐ ใบเสร็จ ☐ อื่น ๆ

3. ประเภทองค์กรสื่อมวลชนที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ

1. จำนวนลูกจ้างทั้งหมด.....คน จำนวนลูกจ้างพิการ.....คน
2. มูลค่าการจ้างงานคนพิการทั้งหมด.....บาทต่อปี
3. การสนับสนุนและส่งเสริมการสร้างเจตคติที่ดีของคนในสังคมต่อคนพิการในวงกว้าง

ลำดับ	รายการ	จำนวน	การดำเนินงาน	มูลค่า
1.	รายการ/สื่อบนการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ (พร้อมแนบตัวอย่างหรือหลักฐาน)	รายการ/ สื่อบ		
2.	ช่องทางในการเผยแพร่	จำนวนช่องทาง		
3.	ส่งเสริมให้คนพิการสามารถเข้าถึงสื่อประเภทต่าง ๆ อาทิ ล่าม ภาษามือ บทบรรยาย เป็นต้น	รายการ/ สื่อบ		
4.	การส่งเสริมให้คนพิการสามารถเข้าถึงสิทธิคนพิการ	รายการ/ สื่อบ		

4. ตารางเปรียบเทียบการสนับสนุนงานด้านคนพิการ

การดำเนินงานในปีที่ผ่านมา	การดำเนินงานในปัจจุบัน

5. หลักฐานผลการดำเนินงานปี2561

- ☐ รูปถ่าย ☐ ใบเสร็จ ☐ อื่น ๆ

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่าข้อมูลที่เสนอเข้ารับรางวัลองค์กรสนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2561 เป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้เสนอ
(.....)

ตำแหน่ง
(ผู้บริหารหรือกรรมการผู้จัดการขององค์กร)

*****กรุณาส่งแบบตอบรับกลับมาที่กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ*****

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน หมายเลขโทรสาร 02 354 5026 โทรศัพท์ 02-354 3893

ติดต่อ นางลัดดา พ่วงไฟโรจน์ 092 637 4544 หรือ นางสาวมลฤดี สมนึก 094 823 1269

หรือทาง E- mail:deppolicy@gmail.com กรุณาส่งแบบตอบรับภายใน **วันจันทร์ที่ 8 ตุลาคม 2561**