



**บันทึกข้อความ**

ส่วนราชการ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ฝ่ายสวัสดิการสังคม โทรศัพท์ ๐-๔๕๘๑-๔๖๗๖ ต่อ ๑๐๘  
ที่ ศก ๕๑๐๐๑/ว ๕๑๙ วันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๖๔

เรื่อง การสำรวจข้อมูลคนพิการผู้ปฏิบัติงานในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ

เรียน หัวหน้าส่วนราชการในสังกัดและผู้อำนวยการโรงเรียนในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ

ด้วยพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๖ มาตรา ๓๓ หน่วยงานของรัฐต้องรับคนพิการ (ที่สามารถทำงานได้) เข้าทำงานตามลักษณะงานในอัตราส่วนที่เหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ซึ่งจำนวนคนพิการที่ต้องรับเข้าทำงานเป็นไปตามกฎกระทรวงกำหนดจำนวนคนพิการที่นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการและหน่วยงานของรัฐจะต้องรับเข้าทำงาน และจำนวนเงินที่นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการจะต้องนำส่งเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.๒๕๕๔ โดยการจ้างงานคนพิการตามมาตรา ๓๓ มิได้กำหนดให้จ้างเฉพาะคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการเท่านั้น หากเป็นบุคคลที่มีสภาพความพิการแต่ไม่ประสงค์มีบัตรคนพิการก็สามารถจ้างงานได้

เพื่อให้การดำเนินการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเป็นไปตามกฎหมายดังกล่าว จึงขอความร่วมมือท่านสำรวจและกรอกข้อมูลคนพิการผู้ปฏิบัติงานในสังกัดที่เป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการหรือผู้ปฏิบัติงานที่มีลักษณะการปฏิบัติงานประจำ ลูกจ้างชั่วคราวหรือพนักงานจ้างเหมา (ทั้งที่ขึ้นและยังไม่ขึ้นทะเบียนคนพิการ) ตามแบบรายงานแนบท้ายส่งให้ฝ่ายสวัสดิการสังคม สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ภายในวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๔ เพื่อทำการรวบรวมรายงานให้จังหวัดทราบต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

(นายอภิศักดิ์ แซ่จิ่ง)

รองนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน  
นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ

แบบรายงานผลการปฏิบัติตามมาตรา ๓๓ แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๖  
ประจำปี ๒๕๖๔

ที่ตั้ง ..... ชื่อหน่วยงาน ..... เบอร์โทรศัพท์ .....

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

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

หมายเหตุ: แนบสำเนาสมุด/บัตรประจำตัวคนพิการ หรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ของคนพิการที่ทำงานในหน่วยงาน และสำเนาสัญญาการจ้าง

ลงชื่อ ..... ผู้รายงาน  
( ..... )

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....