



**เกณฑ์การพิจารณารางวัล**  
**“องค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ ประจำปี 2564”**

---

กรมอบรางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ ประจำปี 2564 ในงานวันคนพิการสากล ประจำปี 2564  
ณ กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อส่งเสริมการจ้างงานคนพิการในภาครัฐและภาคเอกชน
2. เพื่อสนับสนุนการมีงานทำของคนพิการ และคนพิการสามารถเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน
3. เพื่อเป็นการเชิดชูเกียรติให้แก่หน่วยงานที่สนับสนุนและส่งเสริมงานด้านคนพิการ

**โดยรางวัลแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้**

- 1) ระดับดี หมายถึง หน่วยงานหรือองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ เป็นระยะเวลา 1 ปี
- 2) ระดับดีเด่น หมายถึง หน่วยงานหรือองค์กรที่ได้รับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการต่อเนื่องติดต่อกันมาแล้ว ตั้งแต่ 2 – 4 ปี
- 3) ระดับดีเยี่ยม หมายถึง หน่วยงานหรือองค์กรที่ได้รับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการต่อเนื่องติดต่อกันมาแล้ว ตั้งแต่ 5 – 10 ปี
- 4) ระดับเกียรติยศ หมายถึง หน่วยงานหรือองค์กรที่ได้รับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการระดับดีเยี่ยม ตั้งแต่ 5 ปีสุดท้ายติดต่อกัน และมีการสนับสนุนงานด้านคนพิการมากกว่าที่กฎหมายกำหนด มีผลงานเชิงประจักษ์ด้านการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตคนพิการที่ดีขึ้น โดยให้การสนับสนุนทุกประเภทความพิการ

**ประเภทที่ 1 องค์กรที่ส่งเสริมการมีงานทำของคนพิการตามมาตรา 33 , 35 องค์กรที่ส่งเสริมการมีงานทำของคนพิการ**

- มีการจ้างงานคนพิการมากกว่าหรือตามจำนวนที่กฎหมายกำหนด (มาตรา 33)
- การจัดสัมปทาน จัดหาสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ จัดจ้างเหมาช่วงงานหรือจ้างเหมาบริการโดยวิธีกรณีพิเศษ ฝึกงาน หรือจัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก ล่ามภาษามือ หรือให้ความช่วยเหลืออื่นใดแก่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ (มาตรา 35)

**เงื่อนไข**

- 1) องค์กรที่มีการจ้างงานคนพิการครบ 100 เปอร์เซ็นต์ หรือมากกว่าที่กฎหมายกำหนด
- 2) กรณีที่ไม่สามารถจ้างงานคนพิการได้ครบ 100 เปอร์เซ็นต์ จะต้องมีการดำเนินงานตามมาตรา 35 โดยไม่มีการนำส่งเงินเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

## ประเภทที่ 2 ประเภทองค์กรที่สนับสนุนคนพิการในด้านต่าง ๆ นอกเหนือการดำเนินการตามมาตรา 35

- 1) องค์กรที่ส่งเสริมด้านกีฬา อาทิ การส่งเสริมและพัฒนาการกีฬา นันทนาการ อุปกรณ์การกีฬา หรือการส่งเสริมให้คนพิการสามารถเข้ามามีส่วนร่วมทางดานกีฬาและนันทนาการ
- 2) องค์กรที่ส่งเสริมด้านศิลปะ ดนตรี อาทิ การส่งเสริมและพัฒนาการด้านทักษะฝีมือด้านศิลปะ ดนตรี เพื่อการบำบัดฟื้นฟู หรือการส่งเสริมอาชีพ เป็นต้น
- 3) องค์กรที่ส่งเสริมด้านการบำเพ็ญประโยชน์ คือ กิจกรรมเป็นประโยชน์ต่อคนพิการในด้านต่าง ๆ

**เงื่อนไข** ทั้งนี้การสนับสนุนดังกล่าวจะต้องเป็นการสนับสนุนที่อยู่นอกเหนือการส่งเงินเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยจะต้องมีการสนับสนุนการดำเนินงานเป็นมูลค่า 1,000,000 บาทขึ้นไปต่อปี (โดยนับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2564)

## ประเภทที่ 3 ประเภทองค์กรสื่อมวลชนที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ

- 1) สื่อสิ่งพิมพ์ ได้แก่ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วารสาร หนังสือเล่ม เป็นต้น ที่ถูกต้องตามพระราชบัญญัติการพิมพ์
- 2) สื่อวิทยุกระจายเสียง ได้แก่ รายการวิทยุที่ออกอากาศคลื่นหลักและวิทยุชุมชนที่ได้รับการอนุญาตตามหลักเกณฑ์ของสำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.)
- 3) สื่อวิทยุโทรทัศน์ ได้แก่ รายการทางวิทยุโทรทัศน์ ที่ได้รับการอนุญาตตามหลักเกณฑ์ของสำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.)
- 4) สื่อพินบ้าน ได้แก่ ศิลปิน นักแสดง สื่อการแสดงพินบ้าน ที่เผยแพร่ ศิลปะวัฒนธรรมพินบ้านและสามารถแสดงจนเป็นที่นิยมในสังคมท้องถิ่น
- 5) สื่อทางเลือก ได้แก่ สื่อเทคโนโลยี สื่ออิเล็กทรอนิกส์ สื่อออนไลน์ และสื่ออื่น ๆ ที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ โดยมีองค์กรและผู้รับผิดชอบถูกต้องเหมาะสม มีผู้ใช้บริการอย่างแพร่หลาย

### เงื่อนไข

- สื่อที่ผลิตและสร้างรายการประจำ เพื่อส่งเสริมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ให้แก่คนพิการ
- สื่อที่ส่งเสริมกำลังใจและความดีของคนพิการที่ทำคุณประโยชน์และดำรงชีวิตเป็นแบบอย่างที่ดีในสังคม
- สื่อที่ผลิตและสร้างสรรค์ผลงานให้สังคมมีส่วนร่วมในการส่งเสริม สนับสนุนพัฒนาศักยภาพและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิคนพิการ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและเป็นแบบอย่างจิตอาสา
- สื่อเผยแพร่อย่างสม่ำเสมอ ในระยะเวลา 1 ปี

\*ทั้งนี้ ผลการพิจารณาถือเป็นสิทธิขาดของทางคณะกรรมการ และคำตัดสินของคณะกรรมการถือเป็นที่สุด\*



## แบบฟอร์มเสนอชื่อองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ ประจำปี 2564

คำชี้แจง – โปรดเติมข้อความในช่องว่าง และใส่เครื่องหมาย X บน  หน้าข้อความที่ต้องการ

### 1. ข้อมูลทั่วไปขององค์กรที่ขอรับรางวัลสนับสนุนงานด้านคนพิการ

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

.....

1.6 องค์กรมีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการตามกฎหมายพื้นฐาน 5 ด้านตามมติคณะรัฐมนตรี ได้แก่ ทางลาด ห้องน้ำ ที่จอดรถ บริการข้อมูลข่าวสาร และป้ายสัญลักษณ์ หรือการช่วยเหลือที่สมเหตุสมผลอื่น

.....

1.7 การดำเนินงานของหน่วยงานหรือองค์กรที่เอื้อต่อคนพิการในรูปแบบ New Normal (อธิบายโดยสังเขป)

.....

.....

## 2. ข้อมูลประเภทและระดับรางวัลขององค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ

### 2.1 ประเภทองค์กรฯ จำแนกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ประเภทที่ 1 องค์กรที่ส่งเสริมการมีงานทำของคนพิการตามมาตรา 33 , 35
- ประเภทที่ 2 ประเภทองค์กรที่สนับสนุนคนพิการในด้านอื่น ๆ นอกเหนือการดำเนินการตามมาตรา 35
- ประเภทที่ 3 ประเภทองค์กรสื่อมวลชนที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ

### 2.2 ระดับรางวัลขององค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ (จำแนกตามระยะเวลาที่ได้รับรางวัล)

- ระดับที่ 1 ระดับดี (ระยะเวลา 1 ปี)
- ระดับที่ 2 ระดับดีเด่น (ระยะเวลาที่ได้รับรางวัลต่อเนื่อง 2 - 4 ปี)
- ระดับที่ 3 ระดับดีเยี่ยม (ระยะเวลาที่ได้รับรางวัลต่อเนื่อง 5 - 10 ปี)
- ระดับที่ 4 ระดับเกียรติยศ (หน่วยงานหรือองค์กรที่ได้รับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ

ระดับดีเยี่ยม ตั้งแต่ 5 ปีสุดท้ายติดต่อกัน และมีการสนับสนุนงานด้านคนพิการมากกว่าที่กฎหมายกำหนด มีผลงานเชิงประจักษ์ด้านการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตคนพิการที่ดีขึ้น โดยให้การสนับสนุนทุกประเภทความพิการ)

## 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

ครั้งที่ 9 เมื่อปี พ.ศ..... ประเภท  1  2  3 ระดับ  1  2  3  4

ครั้งที่ 10 เมื่อปี พ.ศ..... ประเภท  1  2  3 ระดับ  1  2  3  4

## 4. โครงการหรือกิจกรรมด้านคนพิการที่ได้ดำเนินงาน และเป็นที่น่าสนใจ

(ส่งรายละเอียดทั้ง 3 หัวข้อ)

- 4.1 โครงการหรือกิจกรรมความยาวไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4
- 4.2 Infographic ความยาวไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4
- 4.3 VTR Presentation ความยาวไม่เกิน 3 นาที

**5. ข้อมูลผู้ประสานงาน เพื่อขอรับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น**

ชื่อ.....ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail.....

**6. หน่วยงานที่เสนอชื่อองค์กรขอรับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น (ถ้ามี)**

ชื่อ.....ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail.....



## รางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ ระดับดี

### ประเภทองค์กรที่สนับสนุนคนพิการในด้านอื่น ๆ

- ส่งเสริมด้านกีฬา
- ส่งเสริมด้านศิลปะ ดนตรี
- ส่งเสริมด้านการบำเพ็ญประโยชน์

1. จำนวนลูกจ้างทั้งหมด.....คน                      จำนวนลูกจ้างพิการ.....คน
2. มูลค่าการจ้างงานคนพิการทั้งหมด.....บาทต่อปี
3. กิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ /การให้ทุนการศึกษา/ การสนับสนุนงบประมาณหรือการบริจาค เพื่อช่วยเหลืองานด้านคนพิการ โดยจะต้องให้การสนับสนุนเป็นมูลค่า 1,000,000.- บาทขึ้นไป (โดยนับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2564)

ลำดับ	รายการ	มูลค่า
1.		
2.		

#### 4. หลักฐานผลการดำเนินงานปี 2564

- รูปถ่าย                       ใบเสร็จ                       อื่น

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่าข้อมูลที่เสนอเข้ารับรางวัลองค์กรสนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2564 เป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้เสนอ

(.....)

ตำแหน่ง .....

(ผู้บริหารหรือกรรมการผู้จัดการขององค์กร)

\*\*\*\*\*กรุณาส่งแบบตอบรับกลับมาที่กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ\*\*\*\*\*

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน หมายเลขโทรสาร 02 354 5026 โทรศัพท์ 02 354 3388 ต่อ 307

ติดต่อ นายสมพงษ์ บัวระภา 081 639 6131 หรือ นางลัดดา พวงไพโรจน์ 092 637 4544

หรือทาง E- mail: [dep.policy@gmail.com](mailto:dep.policy@gmail.com) กรุณาส่งแบบตอบรับภายใน **วันที่ 21 ตุลาคม 2564 ก่อนเวลา 16.00 น.**

รางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ **ระดับดี**

ประเภทองค์กรสื่อมวลชนที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ

ประเภทสื่อ

หนังสือพิมพ์                       วิทยุ                       โทรทัศน์                       อื่น ๆ .....

1. จำนวนลูกจ้างทั้งหมด.....คน                      จำนวนลูกจ้างพิการ.....คน

2. มูลค่าการจ้างงานคนพิการทั้งหมด.....บาทต่อปี

3. การสนับสนุนและส่งเสริมการสร้างเจตคติที่ดีของคนในสังคมต่อคนพิการในวงกว้าง  
(โดยนับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2564)

ลำดับ	รายการ	หน่วยนับ	การดำเนินงาน	มูลค่า
1.	รายการ/สื่อบุในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ (พร้อมแนบตัวอย่างหรือหลักฐาน)	จำนวนรายการ/ สื่อบุ		
2.	ช่องทางในการเผยแพร่	จำนวนช่องทาง		
3.	ส่งเสริมให้คนพิการสามารถเข้าถึงสื่อประเภทต่าง ๆ อาทิ ล่าม ภาษามือ บทบรรยาย เป็นต้น	จำนวนรายการ/ สื่อบุ		
4.	การส่งเสริมให้คนพิการสามารถเข้าถึงสิทธิคนพิการ	จำนวนรายการ/ สื่อบุ		

4. หลักฐานผลการดำเนินงานปี 2564

รูปถ่าย                       ใบเสร็จ                       อื่น ๆ

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่าข้อมูลที่เสนอเข้ารับรางวัลองค์กรสนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2564 เป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้เสนอ

(.....)

ตำแหน่ง .....

(ผู้บริหารหรือกรรมการผู้จัดการขององค์กร)

\*\*\*\*\*กรุณาส่งแบบตอบรับกลับมาที่กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ\*\*\*\*\*

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน หมายเลขโทรสาร 02 354 5026 โทรศัพท์ 02 354 3388 ต่อ 307

ติดต่อ นายสมพงษ์ บัวระภา 081 639 6131 หรือ นางลัดดา พวงไพโรจน์ 092 637 4544

หรือทาง E-mail: [dep.policy@gmail.com](mailto:dep.policy@gmail.com) กรุณาส่งแบบตอบรับภายใน **วันที่ 21 ตุลาคม 2564 ก่อนเวลา 16.00 น.**



## รางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ ระดับดีเด่น

### องค์กรที่ส่งเสริมการมีงานทำของคนพิการตามมาตรา 33 , 35

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

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่าข้อมูลที่เสนอเข้ารับรางวัลองค์กรสนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2564 เป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้เสนอ

(.....)

ตำแหน่ง .....

(ผู้บริหารหรือกรรมการผู้จัดการขององค์กร)

\*\*\*\*\*กรุณาส่งแบบตอบรับกลับมาที่กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ\*\*\*\*\*

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน หมายเลขโทรสาร 02 354 5026 โทรศัพท์ 02 354 3388 ต่อ 307

ติดต่อ นายสมพงษ์ บัวระภา 081 639 6131 หรือ นางลัดดา พวงไพโรจน์ 092 637 4544

หรือทาง E-mail: [dep.policy@gmail.com](mailto:dep.policy@gmail.com) กรุณาส่งแบบตอบรับภายใน **วันที่ 21 ตุลาคม 2564 ก่อนเวลา 16.00 น.**



## รางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ ระดับดีเด่น

### ประเภทองค์กรสื่อมวลชนที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ

#### ประเภทสื่อ

หนังสือพิมพ์                       วิทยุ                       โทรทัศน์                       อื่น ๆ .....

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

(โดยนับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2564)

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

#### 4. หลักฐานผลการดำเนินงานปี 2564

รูปถ่าย                       ใบเสร็จ                       อื่น ๆ

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่าข้อมูลที่เสนอเข้ารับรางวัลองค์กรสนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2564 เป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้เสนอ

(.....)

ตำแหน่ง .....

(ผู้บริหารหรือกรรมการผู้จัดการขององค์กร)

\*\*\*\*\*กรุณาส่งแบบตอบรับกลับมาที่กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ\*\*\*\*\*

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน หมายเลขโทรสาร 02 354 5026 โทรศัพท์ 02 354 3388 ต่อ 307

ติดต่อ นายสมพงษ์ บัวระภา 081 639 6131 หรือ นางลัดดา พวงไพโรจน์ 092 637 4544

หรือทาง E- mail: [dep.policy@gmail.com](mailto:dep.policy@gmail.com) กรุณาส่งแบบตอบรับภายใน **วันที่ 21 ตุลาคม 2564 ก่อนเวลา 16.00 น.**

## รางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ ระดับดีเยี่ยม

### องค์กรที่ส่งเสริมการมีงานทำของคนพิการตามมาตรา 33 , 35

#### 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.	การให้สัมปทานพื้นที่ หรือการใช้ประโยชน์จากอาคาร สถานที่หรือทรัพย์สินของหน่วยงานของรัฐหรือสถานประกอบการ	
2.	การจัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ	
3.	การจ้างเหมาช่างงานหรือเหมาบริการ	
4.	การฝึกงานให้แก่คนพิการหรือผู้ดูแล	
5.	การจัดอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก หรือบริการสำหรับคนพิการที่สถานประกอบการ รวมในและนอกสถานประกอบการ รวมทั้งจอดรถ	
6.	การจัดให้มีบริการล่ามภาษามือ (กรณีที่มีคนพิการทางการได้ยิน 20 คนขึ้นไป)	
7.	การช่วยเหลืออื่นใด เช่น การสนับสนุนด้านการเงิน วัสดุ ครุภัณฑ์ รวมถึงการซื้อผลิตภัณฑ์จากคนพิการ โดยมูลค่าจะต้องไม่ต่ำกว่าการส่งเงินเข้ากองทุน กรณีซื้อสินค้ากำไรจะต้องไม่ต่ำกว่าจำนวนเงินที่ส่งเข้ากองทุน	
<b>รวมทั้งสิ้น</b>		

3. ตารางเปรียบเทียบการสนับสนุนงานด้านคนพิการ (สรุปโดยสังเขป)

การดำเนินงานในปีที่ผ่านมา	การดำเนินงานในปัจจุบัน

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่าข้อมูลที่เสนอเข้ารับรางวัลองค์กรสนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2564 เป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้เสนอ  
(.....)

ตำแหน่ง .....  
(ผู้บริหารหรือกรรมการผู้จัดการขององค์กร)

\*\*\*\*\*กรุณาส่งแบบตอบรับกลับมาที่กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ\*\*\*\*\*

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน หมายเลขโทรสาร 02 354 5026 โทรศัพท์ 02 354 3388 ต่อ 307

ติดต่อ นายสมพงษ์ บัวระภา 081 639 6131 หรือ นางลัดดา พวงไพโรจน์ 092 637 4544

หรือทาง E-mail: [dep.policy@gmail.com](mailto:dep.policy@gmail.com) กรุณาส่งแบบตอบรับภายใน **วันที่ 21 ตุลาคม 2564 ก่อนเวลา 16.00 น.**

## รางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ **ระดับดีเยี่ยม**

### ประเภทองค์กรที่สนับสนุนคนพิการในด้านอื่น ๆ

ส่งเสริมด้านกีฬา

ส่งเสริมด้านศิลปะ ดนตรี

ส่งเสริมด้านการบำเพ็ญประโยชน์

1. จำนวนลูกจ้างทั้งหมด.....คน                      จำนวนลูกจ้างพิการ.....คน
2. มูลค่าการจ้างงานคนพิการทั้งหมด.....บาทต่อปี
3. กิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ /การให้ทุนการศึกษา/ การสนับสนุนงบประมาณหรือการบริจาค เพื่อช่วยเหลืองานด้านคนพิการ โดยจะต้องให้การสนับสนุนเป็นมูลค่า 1,000,000.- บาทขึ้นไปต่อปี (โดยนับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2564)

ลำดับ	รายการ	มูลค่า
1.		

4. ตารางเปรียบเทียบการสนับสนุนงานด้านคนพิการ (สรุปโดยสังเขป)

การดำเนินงานในปีที่ผ่านมา	การดำเนินงานในปัจจุบัน

5. หลักฐานผลการดำเนินงานปี 2564

รูปถ่าย

ใบเสร็จ

อื่น ๆ

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่าข้อมูลที่เสนอเข้ารับรางวัลองค์กรสนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2564 เป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้เสนอ

(.....)

ตำแหน่ง .....

(ผู้บริหารหรือกรรมการผู้จัดการขององค์กร)

\*\*\*\*\*กรุณาส่งแบบตอบรับกลับมาที่กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ\*\*\*\*\*

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน หมายเลขโทรศัพท์ 02 354 5026 โทรศัพท์ 02 354 3388 ต่อ 307

ติดต่อ นายสมพงษ์ บัวระภา 081 639 6131 หรือ นางลัดดา พวงไพโรจน์ 092 637 4544

หรือทาง E-mail: [dep.policy@gmail.com](mailto:dep.policy@gmail.com) กรุณาส่งแบบตอบรับภายใน **วันที่ 21 ตุลาคม 2564 ก่อนเวลา 16.00 น.**

## รางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ ระดับดีเยี่ยม

### ประเภทองค์กรสื่อมวลชนที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ

หนังสือพิมพ์                       วิทยุ                       โทรทัศน์                       อื่น ๆ .....

1. จำนวนลูกจ้างทั้งหมด.....คน                      จำนวนลูกจ้างพิการ.....คน
2. มูลค่าการจ้างงานคนพิการทั้งหมด.....บาทต่อปี
3. การสนับสนุนและส่งเสริมการสร้างเจตคติที่ดีของคนในสังคมต่อคนพิการในวงกว้าง  
(โดยนับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2564)

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 (สรุปโดยสังเขป)

การดำเนินงานในปีที่ผ่านมา	การดำเนินงานในปัจจุบัน

5. หลักฐานผลการดำเนินงานปี 2564

รูปถ่าย                       ใบเสร็จ                       อื่น ๆ

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่าข้อมูลที่เสนอเข้ารับรางวัลองค์กรสนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2564 เป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้เสนอ

(.....)

ตำแหน่ง .....

(ผู้บริหารหรือกรรมการผู้จัดการขององค์กร)

\*\*\*\*\*กรุณาส่งแบบตอบรับกลับมาที่กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ\*\*\*\*\*

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน หมายเลขโทรสาร 02 354 5026 โทรศัพท์ 02 354 3388 ต่อ 307

ติดต่อ นายสมพงษ์ บัวระภา 081 639 6131 หรือ นางลัดดา พวงไพโรจน์ 092 637 4544

หรือทาง E- mail: [dep.policy@gmail.com](mailto:dep.policy@gmail.com) กรุณาส่งแบบตอบรับภายใน **วันที่ 21 ตุลาคม 2564 ก่อนเวลา 16.00 น.**

## รางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ ระดับเกียรติยศ

### องค์กรที่ส่งเสริมการมีงานทำของคนพิการตามมาตรา 33 , 35

#### 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.	การให้สัมปทานพื้นที่ หรือการใช้ประโยชน์จากอาคาร สถานที่หรือทรัพย์สินของหน่วยงานของรัฐหรือสถานประกอบการ	
2.	การจัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ	
3.	การจ้างเหมาช่วงงานหรือเหมาบริการ	
4.	การฝึกงานให้แก่คนพิการหรือผู้ดูแล	
5.	การจัดอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก หรือบริการสำหรับคนพิการที่สถานประกอบการ รวมในและนอกสถานประกอบการ รวมทั้งจอดรถ	
6.	การจัดให้มีบริการล่ามภาษามือ (กรณีที่มีคนพิการทางการได้ยิน 20 คนขึ้นไป)	
7.	การช่วยเหลืออื่นใด เช่น การสนับสนุนด้านการเงิน วัสดุ ครุภัณฑ์ รวมถึงการซื้อผลิตภัณฑ์จากคนพิการ โดยมูลค่าจะต้องไม่ต่ำกว่าการส่งเงินเข้ากองทุน กรณีซื้อสินค้ากำไรจะต้องไม่ต่ำกว่าจำนวนเงินที่ส่งเข้ากองทุน	
<b>รวมทั้งสิ้น</b>		



3. ตารางเปรียบเทียบการสนับสนุนงานด้านคนพิการ (สรุปโดยสังเขป)

การดำเนินงานในปีที่ผ่านมา	การดำเนินงานในปัจจุบัน

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่าข้อมูลที่เสนอเข้ารับรางวัลองค์กรสนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2564 เป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้เสนอ  
(.....)

ตำแหน่ง .....  
(ผู้บริหารหรือกรรมการผู้จัดการขององค์กร)

\*\*\*\*\*กรุณาส่งแบบตอบรับกลับมาที่กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ\*\*\*\*\*

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน หมายเลขโทรสาร 02 354 5026 โทรศัพท์ 02 354 3388 ต่อ 307

ติดต่อ นายสมพงษ์ บัวระภา 081 639 6131 หรือ นางลัดดา พวงไพโรจน์ 092 637 4544

หรือทาง E-mail: [dep.policy@gmail.com](mailto:dep.policy@gmail.com) กรุณาส่งแบบตอบรับภายใน **วันที่ 21 ตุลาคม 2564 ก่อนเวลา 16.00 น.**



## รางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ ระดับเกียรติยศ

### ประเภทองค์กรสื่อมวลชนที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ

หนังสือพิมพ์                       วิทยุ                       โทรทัศน์                       อื่น ๆ .....

1. จำนวนลูกจ้างทั้งหมด.....คน                      จำนวนลูกจ้างพิการ.....คน

2. มูลค่าการจ้างงานคนพิการทั้งหมด.....บาทต่อปี

3. การสนับสนุนและส่งเสริมการสร้างเจตคติที่ดีของคนในสังคมต่อคนพิการในวงกว้าง

(โดยนับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2564)

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 (สรุปโดยสังเขป)

การดำเนินงานในปีที่ผ่านมา	การดำเนินงานในปัจจุบัน

5. หลักฐานผลการดำเนินงานปี 2564

รูปภาพ                       ใบเสร็จ                       อื่น ๆ

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่าข้อมูลที่เสนอเข้ารับรางวัลองค์กรสนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2564 เป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้เสนอ

(.....)

ตำแหน่ง .....

(ผู้บริหารหรือกรรมการผู้จัดการขององค์กร)

\*\*\*\*\*กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ\*\*\*\*\*

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน หมายเลขโทรสาร 02 354 5026 โทรศัพท์ 02 354 3388 ต่อ 307

ติดต่อ นายสมพงษ์ บัวระภา 081 639 6131 หรือ นางลัดดา พวงไพโรจน์ 092 637 4544

หรือทาง E-mail: [dep.policy@gmail.com](mailto:dep.policy@gmail.com) กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการใน **วันที่ 21 ตุลาคม 2564 ก่อนเวลา 16.00 น.**