

บริษัท คาร์กิลล์มีท์ส (ไทยแลนด์) จำกัด โรงงานนครราชสีมา

แบบสอบถาม ประเมิน และคัดเลือก : เข้าร่วมโครงการสร้างอาชีพแก่ผู้พิการ และผู้ดูแลผู้พิการ ตามมาตรา 35

แบบประเมินนี้จัดทำขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล และใช้สำหรับคัดเลือกผู้พิการ และผู้ดูแลผู้พิการ เข้าร่วมโครงการสร้างอาชีพ (ช่วยเหลืออื่นใด) ตามมาตรา 35

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลส่วนบุคคล

1. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) ชนันต์ นามสกุล ทพกุล สัญชาติ ไทย
2. เกิดวันที่ 17 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2519 อายุ 50 ปี เพศ ชาย
3. ในปี ท่านได้ใช้สิทธิ ตามมาตรา 33 (จ้างงาน) หรือ มาตรา 35 (ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ) หรือไม่
 - ใช้สิทธิ มาตรา 33 บริษัท
 - ใช้สิทธิ มาตรา 35 บริษัท
 - ไม่ได้ใช้สิทธิ มาตรา 33 และ 35 กับบริษัทฯ ใด ๆ
4. เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3 3006 00621 999 วันหมดอายุ 29 ก.ค. 59 เบอร์โทร 12 8 0. 68
5. เลขบัตรประจำตัวผู้พิการ 3 9006 00621 999 วันหมดอายุ 4 ก.พ. 65
6. ประเภทความพิการ (ตามที่ระบุในบัตรประจำตัวคนพิการ)
 - การมองเห็น การได้ยิน ทางสติปัญญา ทางร่างกาย เคลื่อนไหว สุขภาพ
 - ทางการเรียนรู้ ทางการพูด และภาษา ทางพฤติกรรม หรืออารมณ์
 - ออทิสติก พิการเข้าซ้อน อื่น ๆ (ระบุ)
7. ชื่อ - นามสกุล ผู้ดูแลผู้พิการหลังบัตร (นาย/นาง/นางสาว) กมลชนก พิรัมย์
8. ความสัมพันธ์ ธิดา (ไม่จดทะเบียน) อายุ 23 ปี เบอร์โทร 080-0829896
9. ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้สะดวก) บ้านเลขที่ 32 หมู่ที่ 7 ครอบคลุม
ตำบล/แขวง ท่าวาสุภ อำเภอ/เขต โชคชัย จังหวัด นครราชสีมา รหัสไปรษณีย์
10. สถานะภาพ โสด สมรส หย่าร้าง
11. ที่อยู่อาศัยปัจจุบันตามทะเบียนบ้านเป็นที่ดินของตนเองหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ (โปรดระบุ.....)
12. ท่านมีกายอุปกรณ์ (อุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้กับร่างกาย) ไม่ใช่ ใช่ (โปรดระบุ.....)
13. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ ไม่มี มี (โปรดระบุ.....)
14. ชื่อสถานพยาบาลที่รักษาตัว
15. อาชีพปัจจุบัน ช่างขึ้นทวน สถานที่ทำงาน บ้าน/พื้นที่เช่า ระยะเวลา 18 ปี รายได้/เดือน 7,000 บาท
16. สมาชิกในครอบครัวมีทั้งหมด 2 คน รายได้รวมทั้งหมด / เดือน 7,000 บาท
 - 16.1 ชื่อ ชายชณันต์ สกกุล ทพกุล อายุ 50 ปี อาชีพ ช่างขึ้นทวน รายได้/เดือน 7,000 บาท
 - 16.2 ชื่อ นาง พิรัมย์ สกกุล พิรัมย์ อายุ 53 ปี อาชีพ แม่บ้าน รายได้/เดือน - บาท
 - 16.3 ชื่อ สกกุล อายุ ปี อาชีพ รายได้/เดือน บาท
 - 16.4 ชื่อ สกกุล อายุ ปี อาชีพ รายได้/เดือน บาท
 - 16.5 ชื่อ สกกุล อายุ ปี อาชีพ รายได้/เดือน บาท
17. หากได้รับความช่วยเหลือต้องการประกอบอาชีพ ใส่ อุปกรณ์ , เงินทุนสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวก
18. มีเงินได้จากหน่วยงานภาครัฐ
 - สิทธิผู้พิการ 800 บาท / 1500
 - สิทธิสวัสดิการแห่งรัฐ (บัตรคนจน) 300 บาท / 1500
 - ท่านได้รับเงินอุปการะจากหน่วยงานภาครัฐ หรือภาคเอกชน หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่
(เช่น เงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษลักษณะเดียวกัน) หากได้รับโปรดระบุจำนวนเงิน บาท
 - อื่น ๆ (โปรดระบุ)

ส่วนที่ 2 : การประเมินทัศนคติ และความพร้อมในการเข้าร่วมโครงการฯ

| รายการ | ระดับคะแนน | | | | |
|---|------------------|------------|----------------|-------------|-------------------|
| | มากที่สุด (5) | มาก (4) | ปานกลาง (3) | น้อย (2) | น้อยที่สุด (1) |
| 1. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง | ✓ | | | | |
| 2. ความมุ่งมั่น และตั้งใจในการประกอบอาชีพ เพื่อช่วยเหลือตนเอง และครอบครัว | ✓ | | | | |
| 3. มีการวางแผนรายได้ และค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นหากได้รับความช่วยเหลือตามสิทธิมาตรา 35 (สร้างอาชีพผู้พิการ) | | ✓ | | | |
| 4. มีเป้าหมาย วางแผนในการคิดต่อยอด ทิศทางในการประกอบอาชีพ หากได้รับความช่วยเหลือตามสิทธิมาตรา 35 (สร้างอาชีพผู้พิการ) ให้ดำเนินการต่อไปอย่างยั่งยืน | ✓ | | | | |
| 5. มีวิธีการแก้ปัญหา หากผลตอบแทนที่ได้รับไม่ตรงที่ตามคาดหวัง | | ✓ | | | |
| 6. มีประสบการณ์ในการประกอบอาชีพ ความสามารถ ความถนัด มีการเรียนรู้ศึกษาในอาชีพที่ตนเองเลือก | ✓ | | | | |
| 7. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน หรือกิจกรรมจิตอาสาต่าง ๆ | ✓ | | | | |
| 8. มีความจำเป็นเร่งด่วนในการช่วยเหลือให้มีอาชีพและมีรายได้ | | ✓ | | | |
| 9. สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้านให้การสนับสนุน และให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาเป้าหมาย | ✓ | | | | |
| 10. สถานะภาพในครอบครัวมีภาวะพึ่งพิง (เช่น มีผู้ป่วยติดเตียง , มีผู้พิการ , มีผู้สูงอายุ เกิน 60 ปี , พ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว) | | | | | ✓ |
| ผลรวมทั้งสิ้น (50) | | | | | |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ระบุไว้ในแบบสอบถามในการคัดเลือกนี้ ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่บริษัทฯ และหน่วยงานราชการ เข้าตรวจสอบข้อมูลส่วนบุคคล และที่อยู่อาศัยได้เพื่อประกอบในการคัดเลือก หากปรากฏภายหลังพบว่าข้าพเจ้ามีคุณสมบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ ข้าพเจ้าถือว่าข้าพเจ้าไม่มีสิทธิ์สมัครคัดเลือกผู้พิการตามมาตรา 35

ลงชื่อผู้สมัคร เสาวลักษณ์ งามกุล
 วัน ๕ เดือน พ.ย. ปี ๒๕๖๕

ลงชื่อผู้ประเมิน ปิยนันท์
 ตำแหน่ง นักบริหารปกครองส่วนท้องถิ่น
 วัน ๕ เดือน พ.ย. ปี ๒๕๖๕



แบบยื่นทะเบียนขอใช้สิทธิตามมาตรา 35 (คนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ)



คนพิการขอใช้สิทธิด้วยตนเอง

1. เลขบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวคนพิการ
2. ประเภทความพิการ การเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว จิตใจ สติปัญญา การเรียนรู้ ออทิสติก
3. ชื่อ-สกุล 1. ค.ช./ค.ญ. 2. นาย/นาง/นางสาว ชื่อ บดินทร์ นามสกุล มาฆะบุตร
4. ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ ชื่ออาคาร ชั้นที่ เลขที่ 21 หมู่ที่ 9
 ซอย ถนน แขวง/ตำบล ท่าหลวง เขต/อำเภอ โพนชัย
 จังหวัด หนองบัวลำภู รหัสไปรษณีย์ 30190 โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ 083-6833066
 E-mail สถานที่ใกล้เคียง
5. วัน / เดือน / ปีเกิด 13 มกราคม 2515 อายุ 20 ปี สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ
6. สถานภาพ 1. โสด 2. สมรส 3. อื่น ๆ (ระบุ) ไม่ประสงค์เป็นสมรส
7. สำเร็จการศึกษา ต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า
 ปริญญาตรี ปริญญาโทขึ้นไป อื่น ๆ (ระบุ)

ผู้ดูแลคนพิการขอใช้สิทธิแทนคนพิการ

1. เลขบัตรประจำตัวประชาชน
2. ชื่อ-สกุล 1. นาย 2. นาง 3. นางสาว ชื่อ นามสกุล
3. ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ ชื่ออาคาร ชั้นที่ เลขที่ หมู่ที่
 ซอย ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด
 รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ E-mail สถานที่ใกล้เคียง
4. วัน / เดือน / ปีเกิด อายุ ปี สัญชาติ ศาสนา
5. สถานภาพ 1. โสด 2. สมรส 3. อื่น ๆ (ระบุ)
6. สำเร็จการศึกษา ต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า
 ปริญญาตรี ปริญญาโทขึ้นไป อื่น ๆ (ระบุ)
7. ใช้สิทธิแทนคนพิการ 1. ค.ช./ค.ญ. 2. นาย/นาง/นางสาว ชื่อ นามสกุล
8. เลขบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวคนพิการ
9. เกี่ยวข้องกับคนพิการ

กรณีคนพิการยินยอมให้ผู้ดูแลคนพิการใช้สิทธิตามมาตรา 35 แทน

ข้าพเจ้า ถือบัตรประจำตัวคนพิการเลขที่

ยินยอมให้ ซึ่งเป็นผู้ดูแลข้าพเจ้าดำเนินการยื่นทะเบียนขอใช้สิทธิตามมาตรา 35 แทนข้าพเจ้า

ลงชื่อ ... เดลีดา มาชกลาง คนพิการ
วันที่

ประเภทการขอใช้สิทธิตามมาตรา 35

- สัมปทาน ระบุประเภทสัมปทาน
- สถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ ระบุขนาดพื้นที่ที่ต้องการใช้ประกอบกิจการ ตารางเมตร
ระบุประเภทกิจการ
- จ้างเหมาช่วงงาน หรือจ้างเหมาบริการโดยวิธีกรณีพิเศษ ระบุประเภทงาน
- ฝึกงาน ระบุหลักสูตรที่ต้องการฝึกงาน
- จัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก ระบุ.....
- ล่ามภาษามือ
- ให้ความช่วยเหลืออื่นใด (ระบุ)

ระยะเวลาการขอใช้สิทธิ ปี/เดือน

ยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลการยื่นทะเบียนขอใช้สิทธิตามมาตรา 35 เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ เดลีดา มาชกลาง ผู้ยื่นทะเบียนขอใช้สิทธิ
วันที่

สัญญาการให้ความช่วยเหลืออื่นใด

(การสนับสนุนเงิน วัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ เครื่องมือ หรือทรัพย์สินอื่น ๆ)

สัญญาเลขที่...../.....

สัญญาฉบับนี้ทำขึ้น ณ บริษัท คาร์กิลล์มีทส์ (ไทยแลนด์) จำกัด โรงงานนครราชสีมา
 ที่อยู่ 44 หมู่ 5 ถนนโชคชัย-ครบุรี ตำบลกระโทก อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา เมื่อวันที่ 1 เดือนมกราคม พ.ศ.
 2566 ระหว่างบริษัท คาร์กิลล์มีทส์ (ไทยแลนด์) จำกัด โรงงานนครราชสีมา โดยนายเสกสรร บุญกล้า ตำแหน่ง
 ผู้เชี่ยวชาญด้านแรงงานสัมพันธ์และอุตสาหกรรมสัมพันธ์ ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า "ผู้ให้" ฝ่ายหนึ่ง กับ
 นายเฉลียว มาบกลาง บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ 3 3006 00621 53 9 อยู่บ้านเลขที่ 32.....
 หมู่ 7 ตำบล ท่างะหลิง อำเภอ โชคชัย จังหวัด นครราชสีมา.....
 วันออกบัตร 29 เดือน กรกฎาคม ปี พ.ศ. 2559.....
 วันหมดอายุ 12 เดือน มกราคม ปี พ.ศ. 2568.....
 ปรากฏตามสำเนาเอกสารแนบท้ายสัญญานี้เรียกว่า "ผู้รับ" อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงกันดังต่อไปนี้

ข้อที่ 1 ผู้ให้ตกลงให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับ ดังนี้ (ระบุ) โครงการ หล่อเรซินไฟเบอร์.....

| ลำดับ | รายการ | จำนวนเงิน | หมายเหตุ |
|-------|----------------------|-----------|----------|
| 1 | ตู้เชื่อม | 3,000 | |
| 2 | หินเจียร | 2,500 | |
| 3 | สว่าน | 3,000 | |
| 4 | เครื่องตัดเหล็ก | 3,500 | |
| 5 | ปั๊มลม | 5,500 | |
| 6 | สายไฟ 100 เมตร 3 หุน | 2,400 | |
| 7 | สายตู้เชื่อม 10 เมตร | 1,000 | |
| 8 | ซิลิโคน | 18,000 | |
| 9 | เรซิน | 33,600 | |
| 10 | ตัวเร่งแข็งเรซิน | 4,000 | |
| 11 | แชนทัม | 6,400 | |
| 12 | ทินเนอร์ | 1,400 | |

(ลงชื่อ) เฉลียว มาบกลาง

ผู้เสนอโครงการ

| ลำดับ | รายการ | จำนวนเงิน | หมายเหตุ |
|-------------|-----------------------------------|-----------|----------|
| 13 | ถุงมือแพทย์ 10 กล่อง | 1,600 | |
| 14 | แปรงสี ขนาด 2 นิ้ว ,3 นิ้ว | 1,800 | |
| 15 | ปูนซีเมนต์ 15 ลูก | 1,950 | |
| 16 | ทราย 2 คิว | 1,000 | |
| 17 | หิน 2 คิว | 1,200 | |
| 18 | สังกะสี ขนาด 6 เมตร จำนวน 14 แผ่น | 11,760 | |
| 19 | เหล็กกล่อง ขนาด 3x1½ จำนวน 15 ตัว | 5,400 | |
| 20 | เหล็กกล่อง ขนาด 2x1 จำนวน 10 ตัว | 2,400 | |
| 21 | เสาปูน จำนวน 6 ต้น | 4,800 | |
| 22 | ลวดเชื่อม จำนวน 4 กล่อง | 1,500 | |
| | เงินทุนหมุนเวียน | 2,010 | |
| รวมเป็นเงิน | | 119,720 | |

(ลงชื่อ) เค็ญ็ญ ฅฅฅฅ

ผู้เสนอโครงการ

- 1.มูลค่าการให้ความช่วยเหลือ 119,720 บาทถ้วน (หนึ่งแสนหนึ่งหมื่นเก้าพันเจ็ดร้อยยี่สิบบาทถ้วน)
- 2.ระยะเวลาการให้ความช่วยเหลือมีกำหนด 1 ปี โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 เดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 31 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566
- 3.ข้อตกลงพิเศษหรือเงื่อนไขอื่น ๆ (ถ้ามี)

สัญญาฯทำขึ้นสองฉบับมีข้อความถูกต้องครบถ้วน ทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความในสัญญาฯนี้โดยตลอดแล้วจึงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ และได้เก็บสัญญาไว้ฝ่ายและฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ให้
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

| ลำดับ | รายการ | งบประมาณ/หน่วย | จำนวน | เป็นเงิน |
|---|-----------------------------|----------------|-------|----------|
| 13 | ถุงมือแพทย์ | กล่อง | 10 | 1,600 |
| 14 | แปรงสี ขนาด 2 นิ้ว , 3 นิ้ว | กล่อง | 10 | 1,800 |
| 15 | ปูนซีเมนต์ | ลูก | 15 | 1,950 |
| 16 | ทราย | คิว | 2 | 1,000 |
| 17 | หิน | คิว | 2 | 1,200 |
| 18 | สังกะสี ขนาด 6 เมตร | แผ่น | 14 | 11,760 |
| 19 | เหล็กกล่อง ขนาด 3x1½ | ตัว | 15 | 5,400 |
| 20 | เหล็กกล่อง ขนาด 2x1 | ตัว | 10 | 2,400 |
| 21 | เสาปูน | ต้น | 6 | 4,800 |
| 22 | ลวดเชื่อม | กล่อง | 6 | 1,500 |
| | เงินทุนหมุนเวียน | | | 2,010 |
| | รวมเป็นเงิน | | | 119,720 |
| 13.ผลคาดหวังที่จะได้รับ | | | | |
| 1. ผู้พิการสามารถมีรายได้เลี้ยงชีพ เลี้ยงครอบครัว และลดค่าใช้จ่ายในครอบครัว | | | | |
| 2. ผู้พิการมีสุขภาพทางกาย ทางใจ และเศรษฐกิจที่ดีจากทำงาน | | | | |

ลงชื่อ.....*ผสือว มาบพิณ*.....ผู้เสนอโครงการ
(.....)

หนังสือยืนยันการไม่ใช้สิทธิซ้ำ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

บัตรประจำตัวคนพิการเลขที่.....ประเภทความพิการ.....

บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทร.....

ชื่อ-นามสกุล ผู้ดูแล(ถ้ามี).....บัตรประชาชนเลขที่.....

บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทร.....

ข้าพเจ้าขอยืนยันข้อมูลการใช้สิทธิ ตามมาตรา 33 หรือ มาตรา 35 แห่ง พรบ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ของข้าพเจ้าดังนี้ ในปี พ.ศ.....

ใช้สิทธิ มาตรา 33 บริษัท

ใช้สิทธิ มาตรา 35 บริษัท

ไม่ได้ใช้สิทธิ มาตรา 33 และ 35 กับบริษัทฯ ใด ๆ

โดยจะดำเนินการใช้สิทธิดังกล่าวสิ้นสุด / หมดสภาพลงเดือน ธันวาคม พ.ศ.....

ในปี พ.ศ.....นี้ ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าหากได้รับสิทธิใน มาตรา 33 หรือ มาตรา 35 สิทธิใดสิทธิหนึ่ง

กับบริษัท.....

เลขที่ตั้ง.....

แล้วจะไม่ใช้สิทธิซ้ำกับหน่วยงานอื่นอีกโดยเด็ดขาด หากปรากฏในภายหลังว่า ข้าพเจ้าได้ให้การรับรองข้อความอันเป็นเท็จหรือ ข้าพเจ้าได้ใช้สิทธิซ้ำ ข้าพเจ้ายินยอมให้ทำการดำเนินคดีได้ตามกฎหมายและรับผิดชอบต่อความเสียหายทั้งหมดที่อาจเกิดขึ้นแก่ ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย พร้อมกันนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้ตรวจสอบสถานะและข้อมูลการขึ้นทะเบียนประกันสังคมแทนข้าพเจ้าและ ยินยอมให้ประกันสังคมเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าได้เพื่อประโยชน์ในการป้องกันการใช้สิทธิซ้ำ

หนังสือยืนยันการไม่ใช้สิทธิซ้ำฉบับนี้ ทำขึ้นโดยได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดดีแล้ว และได้ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน เป็นไปด้วยเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....คนพิการ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ดูแลคนพิการ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หนังสือยืนยันการไม่ใช้สิทธิฯ

เขียนที่.....

วันที่ 2 เดือน ๗.๕ พ.ศ. ๒๕๖๕

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า ทศพลีลา อามภว อายุ 5๐ ปี สัญชาติ ไทย
บัตรประจำตัวคนพิการเลขที่ 3 9๐๐6 ๐๐6๒1 599 ประเภทความพิการ การเคลื่อนไหว
บ้านเลขที่ ๕๒ หมู่ ๗ ตำบล ท่าขนุน อำเภอ โพธารมย์ จังหวัด ราชบุรี เบอร์โทร ๐๘๓-๖๘๓๓๐๖๖
ชื่อ-นามสกุล ผู้ดูแล(สามี) ทศพลีลา อามภว บัตรประชาชนเลขที่ ๙ 9๐๐1 ๐๑๑๕ ๒๓ 9
บ้านเลขที่ ๕๐ หมู่ ๘ ตำบล ทศก อำเภอ เมือง จังหวัด ราชบุรี เบอร์โทร ๐๘๐-๐๘๒๙๘๗๔

ข้าพเจ้าขอยืนยันข้อมูลการใช้สิทธิ ตามมาตรา 33 หรือ มาตรา 35 แห่ง พรบ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
ของข้าพเจ้าดังนี้ ในปี พ.ศ.....

- ใช้สิทธิ มาตรา 33 บริษัท
- ใช้สิทธิ มาตรา 35 บริษัท
- ไม่ได้ใช้สิทธิ มาตรา 33 และ 35 กับบริษัทฯ ใดๆ

โดยจะดำเนินการใช้สิทธิดังกล่าวสิ้นสุด / หมดสภาพลงเดือน ธันวาคม พ.ศ.....

ในปี พ.ศ..... นี้ ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าหากได้รับสิทธิใน มาตรา 33 หรือ มาตรา 35 สิทธิใดสิทธิหนึ่ง

กับบริษัท.....

เลขที่.....

แล้วจะไม่ใช้สิทธิฯ กับหน่วยงานอื่นอีกโดยเด็ดขาด หากปรากฏในภายหลังว่า ข้าพเจ้าได้ให้การรับรองข้อความอันเป็นเท็จหรือ
ข้าพเจ้าได้ใช้สิทธิฯ ข้าพเจ้ายินยอมให้ทำการดำเนินคดีได้ตามกฎหมายและรับผิดชอบต่อความเสียหายทั้งหมดที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้
ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย พร้อมกันนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้ตรวจสอบสถานะและข้อมูลการขึ้นทะเบียนประกันสังคมแทนข้าพเจ้าและ
ยินยอมให้ประกันสังคมเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าได้เพื่อประโยชน์ในการป้องกันการไม่ใช้สิทธิฯ

หนังสือยืนยันการไม่ใช้สิทธิฯ ฉบับนี้ ทำขึ้นโดยได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดคดีแล้ว พร้อมได้ตรวจสอบความ
ถูกต้องครบถ้วน เป็นไปด้วยเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ทศพลีลา อามภว คนพิการ
(.....)

ลงชื่อ น.ส. ใจนิจจา เย็นเนง พยาน
(.....)

ลงชื่อ ไพฑูริย์ ศรีประยูร ผู้ดูแลคนพิการ
(.....)

ลงชื่อ ท.ร. นวรัตน์ กอภยไพฑูริย์ พยาน
(.....)



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card

เลขประจำตัวประชาชน 3 3006 00621 53 9
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย เฉลียว มาบกลาง



Name Mr. Chalaiw

Last name Mabklang

เกิดวันที่ 13 ม.ค. 2515

Date of Birth 13 Jan. 1972

ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 32 หมู่ที่ 7 ต.ท่าจะหลุง อ.โชคชัย

จ.นครราชสีมา

29 ก.ค. 2559

วันออกบัตร

29 Jul. 2016

Date of Issue

รองปลัด
(จุฑาทิพย์ ชูชนะโสภณ)
เจ้าพนักงานออกบัตร



12 ม.ค. 2568

วันบัตรหมดอายุ

12 Jan. 2025

Date of Expiry



3007-03-07291516

เฉลียว มาบกลาง

BORA-7.2-05-2559



ประเทศไทย
THAILAND

JT3-1049879-82

รายการเกี่ยวกับบ้าน

เล่มที่ 1

เลขรหัสประจำบ้าน 3007-024227-5

สำนักทะเบียน อำเภอโชคชัย

รายการที่อยู่ 32 หมู่ที่ 7

ตำบลท่าจะหลุง อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา

ชื่อหมู่บ้าน

ชื่อบ้าน

ประเภทบ้าน บ้าน

ลักษณะบ้าน

วันเดือนปีที่มีการจดทะเบียนเลขที่ 21 มีนาคม 2537

ลงชื่อ

นายทะเบียน

(นางจรินญา มาระเนตร)

วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 29 กรกฎาคม 2559

เลขที่ ๒๖ หมายเลข ๑๖

เล่มที่ 1

รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน

3007-024227-5

ลำดับที่ 2

ชื่อ นายเจลิยว มาบกลาง

สัญชาติ ไทย

เพศ ชาย

เลขประจำตัวประชาชน 3-3006-00621-53-9

สถานภาพ เจ้าบ้าน

เกิดเมื่อ 13 ม.ค. 2515

มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ นาง

3-3006-00621-52-1 สัญชาติ ไทย

บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ เจลิม

3-3006-00621-51-2 สัญชาติ ไทย

จาก
ฐานข้อมูลการทะเบียนราษฎร

เข้ามาอยู่ในบ้านเมื่อ 13 ธ.ค. 2539

(นางจรินญา มาระเนตร)

-- ไปที่

นายทะเบียน


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน 3 3001 01145 23 5
 Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาง ไฉสมอน ศิริปรุ
 Name Mrs. Jaisemon
 Last name Striparu


 เกิดวันที่ 26 เม.ย. 2512
 Date of Birth 26 Apr. 1969

ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 20 หมู่ที่ 6 ต.ตลาด อ.เมืองนครราชสีมา
 จ.นครราชสีมา
 31 มี.ค. 2560
 วันออกบัตร
 31-Mar-2017
 Date of Issue


 26 เม.ย. 2568
 วันบัตรหมดอายุ
 25-Apr-2025
 Date of Expiry


 150
 140
 130

3032-02-03310819

010212517056

BORA-9.2-03-2560



ประเทศไทย
THAILAND

MEQ-1125016-77

สืบเนา กุศลต่อ

ไฉสมอน ศิริปรุ

บัตรประจำตัวคนพิการ Thai National Identification Card
สำหรับประชาชน for Persons with Disabilities
Identification Number 3 3006 00621 53 9

ชื่อตัวและชื่อสกุล นายเฉลียว มาบกลาง

Name Mr. Chalaw
 Last Name Mabatlang

เกิดวันที่ 13 มกราคม 2515
 Date of Birth 13 Jan 1972

ที่อยู่ 32 หมู่ที่ 7 ต.ทางทอง อ.โพนทอง จ.ร้อยเอ็ด

เลขที่ 3 3001 01145 23 3

ชนิดของบัตร พิการ

วันที่ออกบัตร วันที่บัตรหมดอายุ

Date of Issue วันที่ที่ออกบัตร Date of Expiry

ประเภทความพิการ 3
 Type of Disability



กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
 Department of Empowerment of Persons with Disabilities
 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
 Ministry of Social Development and Human Security

| | | | |
|---|---|---|--|
| 1 | ทางการเห็น Visual disability | 5 | ทางสติปัญญา Intellectual disability |
| 2 | ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย Hearing or communication disability | 6 | ทางการเรียนรู้ Learning disability |
| 3 | ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย Physical or locomotion disability | 7 | ทางออติสติก Autistic disability |
| 4 | ทางจิตใจหรือพฤติกรรม Mental or behavioral disability | | |

301623-64

เฉลียว

มาบกลาง

แบบแจ้งเข้าทำสัญญาขอใช้สิทธิตามมาตรา 35

วันที่.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 9 | 9 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 6 | 2 | 1 | 5 | 9 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

เรียน (ชื่อ - นามสกุล) พันธุธิดา อามคุณ

ที่อยู่ 22 ซอย 7 ต.ท่าพระนคร

อ. โขขันธ์
จังหวัด สุพรรณบุรี รหัสไปรษณีย์ 90190.

ประเภทการขอรับสิทธิตามมาตรา 35 (ระบุ).....

ปฏิบัติตามเส้นปรุ (ส่งคนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ)

กรมการจัดหางานประสานสถานประกอบการ/หน่วยงานของรัฐ

ชื่อ (สถานประกอบการ/หน่วยงานของรัฐ).....

ที่อยู่..... แขวง..... เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

สถานที่ใกล้เคียง..... โทรศัพท์..... ชื่อผู้ติดต่อ.....

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่

นายจ้าง กรุณากรอกแล้วส่งกลับทางไปรษณีย์/โทรศัพท์/โทรสาร

1. รับเข้าทำสัญญา เมื่อวันที่.....

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1.1 ให้สัมปทาน (ระบุ)..... | <input type="checkbox"/> 1.2 จัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ |
| <input type="checkbox"/> 1.3 จ้างเหมาช่างงาน/จ้างเหมาบริการ | <input type="checkbox"/> 1.4 มิกงาน |
| <input type="checkbox"/> 1.5 จัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก | <input type="checkbox"/> 1.6 ล่ามภาษามือ |
| <input type="checkbox"/> 1.7 ให้ความช่วยเหลืออื่นใด | |

หมายเหตุ ส่งพร้อมสำเนาสัญญา จำนวน 1 ชุด

2. ไม่รับเข้าทำสัญญา เนื่องจาก.....

ลงชื่อ..... นายจ้าง
ตำแหน่ง.....

ปฏิบัติตามเส้นปรุ (ตอบกลับสำนักงานจัดหางาน)

ส่ง สำนักงานจัดหางานจังหวัด..... หรือสำนักจัดหางานกรุงเทพเขตพื้นที่.....
ที่อยู่.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... /โทรสาร.....

ส่งเสริมการจ้างงานคนพิการอาชีพหล่อหินทราย
ตามโครงการสร้างอาชีพแก่ผู้พิการ และผู้ดูแล ผู้พิการ (ตามมาตรา 35)
จากบริษัทคาร์กิลล์มีท์ส (ไทยแลนด์) จำกัด โรงงานนครราชสีมา
รายนายเฉลียว มาบกลาง
บ้านเลขที่ 21 หมู่ 7 ตำบลท่าจะหลุง อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา

