

**ด่วนที่สุด**

ที่ นม ๐๐๑๘.๑/ว ๕๕๖๐



ศาลากลางจังหวัดนครราชสีมา  
ถนนมหาดีไทย นม ๓๐๐๐๐

๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๙

เรื่อง การสำรวจข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างเหมาบริการ ที่มีบัตรประจำตัวคนพิการและความพร้อมในการจัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการให้คนพิการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

เรียน นายอำเภอ ทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือกรมการปกครอง ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๓๐๒.๒/ว ๑๘๔๙๒ จำนวน ๑ ชุด ลงวันที่ ๑๙ มิถุนายน ๒๕๖๙

ด้วยจังหวัดนครราชสีมาได้รับแจ้งจากกรมการปกครองว่า พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม มาตรา ๓๓ ได้บัญญัติว่า เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ให้นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการ และหน่วยงานของรัฐรับคนพิการเข้าทำงานตามลักษณะของงานในอัตราส่วนที่เหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการหรือหน่วยงานของรัฐ และมาตรา ๓๕ ในกรณีที่หน่วยงานของรัฐไม่ประสงค์จะรับคนพิการเข้าทำงานตามมาตรา ๓๓ หรือนายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการไม่รับคนพิการเข้าทำงานตามมาตรา ๓๓ และไม่ประสงค์จะส่งเงินเข้ากองทุนตามมาตรา ๓๔ หน่วยงานของรัฐ นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการนั้นอาจให้สัมปทานจัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ จัดจ้างเหมาช่วงงานหรือจ้างเหมาบริการโดยวิธีกรณีพิเศษ ฝึกงานหรือจัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก ล่ามภาษามือ หรือให้ความช่วยเหลืออื่นใดแก่คนพิการ หรือผู้ดูแลคนพิการก็ได้

ในการนี้ จังหวัดจึงขอให้ที่ทำการปกครองอำเภอดำเนินการ ดังนี้

๑) สำรวจข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างเหมาบริการ ที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ ตามแบบฟอร์มที่กำหนด ส่งให้จังหวัดนครราชสีมา ภายในวันพฤหัสบดีที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๙ เพื่อรวบรวมส่งให้กองการเจ้าหน้าที่ต่อไป

๒) สำรวจความพร้อมในการจัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการให้คนพิการผ่านแบบฟอร์มอิเล็กทรอนิกส์ Google Forms ภายในวันพฤหัสบดีที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๙ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายบุญเต็ม กัลยาพานิช)

ปลัดจังหวัดนครราชสีมา ปฏิบัติราชการแทน  
ผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมา

ที่ทำการปกครองจังหวัด(กลุ่มงานปกครอง)

โทร./โทรสาร ๐-๔๔๒๔-๒๑๐๒

# ด่วนที่สุด

ที่ มท ๐๓๐๒.๒/ว ๑๕๕๗๒



กรมการปกครอง

๖๖๖ อาคารนาลงกรณ์ทาวเวอร์ ชั้น ๑๑

ถนนบรมราชชนนี แขวงบางบำหรุ

เขตบางพลัด กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐

๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๙

เรื่อง การสำรวจข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างเหมาบริการ ที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ และความพร้อมในการจัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการให้คนพิการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปฏิบัติ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบฟอร์มสำรวจข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างเหมาบริการ ที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบสำรวจความพร้อมในการจัดสถานที่จำหน่ายสินค้า หรือบริการให้คนพิการในรูปแบบ Google Forms จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม มาตรา ๓๓ ได้บัญญัติว่า เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ให้นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการ และหน่วยงานของรัฐรับคนพิการเข้าทำงานตามลักษณะของงานในอัตราส่วนที่เหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการหรือหน่วยงานของรัฐ และมาตรา ๓๕ ในกรณีที่หน่วยงานของรัฐไม่ประสงค์จะรับคนพิการเข้าทำงานตามมาตรา ๓๓ หรือนายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการไม่รับคนพิการเข้าทำงานตามมาตรา ๓๓ และไม่ประสงค์จะส่งเงินเข้ากองทุนตามมาตรา ๓๔ หน่วยงานของรัฐ นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการนั้นอาจให้สัมปทานจัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ จัดจ้างเหมาช่วงงานหรือจ้างเหมาบริการโดยวิธีกรณีพิเศษ ผักงาน หรือจัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก ล่ามภาษามือหรือให้ความช่วยเหลืออื่นใดแก่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการก็ได้

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินงานจ้างงานคนพิการของกรมการปกครองเป็นไปตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม จึงขอความร่วมมือจังหวัดแจ้งที่ทำการปกครองจังหวัด และที่ทำการปกครองอำเภอ พิจารณาดำเนินการ ดังนี้

๑. สำรวจข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างเหมาบริการ ที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ ตามแบบฟอร์มที่กำหนด และให้จังหวัดรวบรวมส่งมายังกองการเจ้าหน้าที่ ผ่านทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ planhrdopa2@gmail.com รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

๒. ที่ทำการปกครองอำเภอดำเนินการสำรวจความพร้อมในการจัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการให้คนพิการ ผ่านแบบฟอร์มอิเล็กทรอนิกส์ Google Forms รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒

ทั้งนี้ ขอให้ดำเนินการแล้วเสร็จภายในวันศุกร์ที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๙ โดยมอบหมายให้ นายภทรพล ภูมรินทร์ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานปกครองปฏิบัติการ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๖ ๕๓๕๔ ๙๘๘๙ เป็นผู้ประสานงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ



(นายณฤชา โฆษาศิวิไลซ์)  
อธิบดีกรมการปกครอง



สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑



สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒

กองการเจ้าหน้าที่  
ส่วนวางแผนอัตรากำลังและพัฒนาระบบงาน  
โทร. / โทรสาร ๐๖ ๓๙๐๓ ๗๙๓๖

# ลับ

แบบฟอร์มสำรวจข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างเหมาบริการ  
ที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลการปฏิบัติตาม  
พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม  
(สำหรับจังหวัด)

## ส่วนที่ ๑ : ข้อมูลพื้นฐานของจังหวัด

- ๑.๑ จังหวัด.....
- ๑.๒ จังหวัดท่านมีข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างเหมาบริการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ
- มีข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างเหมาบริการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ
- ไม่มีข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างเหมาบริการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ

## ส่วนที่ ๒ : ข้อมูลบุคลากรที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ (ตอบเฉพาะกรณีมีบุคลากรที่มีบัตรคนพิการ)

๒.๑ จำนวนผู้ปฏิบัติงานที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ ..... คน

๒.๒ ให้ท่านกรอกข้อมูลประจำตัวของผู้ถือบัตรประจำตัวคนพิการลงในตาราง

ที่	ชื่อ - นามสกุล	ตำแหน่ง	สังกัด	อายุ	เพศ	เลขทะเบียน คนพิการ	ลักษณะ ความพิการ

หมายเหตุ : ให้จังหวัดรวบรวมแบบสำรวจของจังหวัดและอำเภอ ส่งมายัง กจ. (สวผ.) ผ่านทางไปรษณีย์  
อิเล็กทรอนิกส์ planhrdopa2@gmail.com ภายในวันศุกร์ที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๙

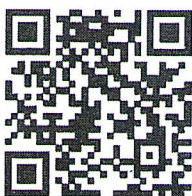
: ผู้ประสานงาน นายภทรพล ภูมิรินทร์ ตำแหน่ง จพง.ปค.ปฏิบัติการ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๖ ๕๓๕๔ ๙๘๘๙

ลงชื่อ ..... ผู้ตอบแบบสำรวจ

(.....)

ปลัดจังหวัด .....

วันที่ .....



แบบฟอร์มสำรวจฯ

ลับ

# ลับ

แบบฟอร์มสำรวจข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างเหมาบริการ  
ที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ เพื่อเป็นข้อมูลในการปฏิบัติ  
ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม  
(สำหรับอำเภอใช้รายงานจังหวัด)

## ส่วนที่ ๑ : ข้อมูลพื้นฐานของอำเภอ

- ๑.๑ ที่ทำการปกครองอำเภอ..... จังหวัด .....
- ๑.๒ จังหวัดท่านมีข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างเหมาบริการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ
- มีข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างเหมาบริการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ
- ไม่มีข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างเหมาบริการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ

## ส่วนที่ ๒ : ข้อมูลบุคลากรที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ (ตอบเฉพาะกรณีมีบุคลากรที่มีบัตรคนพิการ)

๒.๑ จำนวนผู้ปฏิบัติงานที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ ..... คน

๒.๒ ให้ท่านกรอกข้อมูลประจำตัวของผู้ถือบัตรประจำตัวคนพิการลงในตาราง

ที่	ชื่อ - นามสกุล	ตำแหน่ง	สังกัด	อายุ	เพศ	เลขทะเบียน คนพิการ	ลักษณะ ความพิการ

หมายเหตุ : ให้อำเภอรวบรวมแบบสำรวจส่งให้จังหวัด

: ผู้ประสานงาน นายภทรพล ภูมรินทร์ ตำแหน่ง จพง.ปค.ปฏิบัติการ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๖ ๕๓๕๔ ๙๘๘๙

ลงชื่อ ..... ผู้ตอบแบบสำรวจ

(.....)

นายอำเภอ .....

วันที่ .....

ลับ

แบบฟอร์มสำรวจความพร้อมในการจัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการให้คนพิการ  
พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม  
(สำหรับอำเภอในรูปแบบ Google Form)

โปรดพิจารณาระดับความพร้อมของที่ว่าการอำเภอของท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด

ระดับความคิดเห็น

๕ = มากที่สุด

๔ = มาก

๓ = ปานกลาง

๒ = น้อย

๑ = น้อยที่สุด

๑. ด้านความพร้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก						
ลำดับ	คำถาม	๕	๔	๓	๒	๑
๑.๑	ที่ว่าการอำเภอมีพื้นที่เหมาะสมสำหรับให้คนพิการจำหน่ายสินค้า เช่น ขนาด ๓ x ๓ เมตร					
๑.๒	พื้นที่ดังกล่าวมีความปลอดภัยและเอื้อต่อการใช้งานของคนพิการ					
๑.๓	มีทางลาดหรือสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการอย่างเพียงพอ					
๑.๔	การเดินทางเข้าถึงพื้นที่มีความสะดวก					
๑.๕	ระบบสาธารณูปโภคมีความพร้อม					

๒. ความพร้อมด้านการบริหารจัดการ						
ลำดับ	คำถาม	๕	๔	๓	๒	๑
๒.๑	มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบหรือประสานงานด้านคนพิการกับกรมจัดหางาน และกรมธนารักษ์ในพื้นที่					
๒.๒	มีการประสานงานร่วมกับหน่วยงานหรือองค์กรด้านคนพิการในพื้นที่					
๒.๓	มีคนพิการที่สามารถจำหน่ายสินค้าหรือบริการอื่น ๆ นอกเหนือสลากกินแบ่งรัฐบาล					

๒.๔ หากที่ว่าการอำเภอของท่านต้องจัดพื้นที่สำหรับให้คนพิการจำหน่ายสินค้า ท่านเห็นว่าควรใช้พื้นที่บริเวณใด เพราะเหตุใด

.....

.....

๒.๕ พื้นที่ที่ท่านเสนอสามารถรองรับผู้จำหน่ายสินค้าที่เป็นคนพิการได้จำนวนกี่ราย

..... ราย

๒.๖ ท่านเห็นว่าที่ว่าการอำเภอของท่านมีข้อจำกัดด้านใดในการเปิดพื้นที่ให้คนพิการจำหน่ายสินค้า

.....

.....

/๒.๗ ท่านเห็น ...

๒.๗ ท่านเห็นว่าควรมีสิ่งอำนวยความสะดวกเพิ่มเติมใดเพื่อรองรับคนพิการในการจำหน่ายสินค้า

.....  
.....

หมายเหตุ : กรอกข้อมูลผ่าน Google Form ภายในวันศุกร์ที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๙

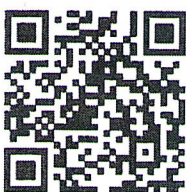
: ผู้ประสานงาน นายภทรพล ภูมรินทร์ ตำแหน่ง จพง.ปค.ปฏิบัติการ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๖ ๕๓๕๔ ๙๘๘๙

ลงชื่อ ..... ผู้ตอบแบบสำรวจ

(.....)

นายอำเภอ .....

วันที่ .....



Google Form