

ใบสมัครขอรับการประเมินมาตรฐานองค์กรด้านคนพิการหรือองค์กรอื่นใดที่ให้บริการแก่คนพิการ

๑. ชื่อองค์กร.....

๒. ที่อยู่

เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

อีเมล.....

ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งของผู้นำ.....ปี จำนวนคณะกรรมการบริหาร.....คน

สมาชิก จำนวน.....คน

วันเข้ารับตำแหน่ง วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันหมดเวลาดำรงตำแหน่ง วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๓. ชื่อผู้นำองค์กร

.....

๔. ประเภทขององค์กร

องค์กรของคนพิการ

องค์กรเพื่อคนพิการ

องค์กรอื่นใดที่ให้บริการแก่คนพิการ

๕. วัตถุประสงค์ในการจัดตั้งองค์กร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๖. กลุ่มเป้าหมายขององค์กร

.....

.....

๗. ระยะเวลาที่องค์กรมีการดำเนินงานด้านคนพิการ (นับจากวันจัดตั้งองค์กรถึงปัจจุบัน)

.....ปีเดือน

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

หลักฐานประกอบการรับสมัคร

รายการหลักฐาน	ครบถ้วน	ไม่ครบถ้วน	หมายเหตุ
๑. สำเนาใบสำคัญการจัดตั้งองค์กร (หรือเอกสารการรับรองจากองค์กรต้นสังกัด)			
๒. แผนที่ตั้งองค์กร			
๓. แบบประเมินตนเอง (มีผลการประเมินไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕)			
๔. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ยื่นคำขอรับการประเมิน (กรณีได้รับมอบอำนาจต้องมีหนังสือมอบอำนาจ)			
๕. หลักฐานอื่น ๆ			

สรุปผลการประเมินคุณสมบัติเบื้องต้น

สามารถเข้ารับการประเมินได้	
ไม่สามารถเข้ารับการประเมิน เนื่องจากขาดเอกสาร ๑. ๒..... ๓.....	
ไม่สามารถเข้ารับการประเมิน เนื่องจากขาดคุณสมบัติ ในด้าน ๑. ๒..... ๓.....	