

ใบสมัครขอรับการประเมินมาตรฐานองค์กรด้านคนพิการ

๑. ชื่อองค์กร.....

๒. ที่อยู่
เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....
เขต/ตำบล.....แขวง/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....

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.....	