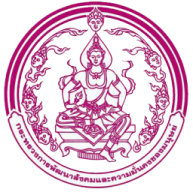
****

**เกณฑ์การพิจารณารางวัล**

**“องค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น ประจำปี 2559”**

การมอบรางวัลองค์กรที่องค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น ประจำปี 2559 ในงานวันคนพิการสากล ประจำปี 2559 ณ กรุงเทพมหานคร

**1.รางวัลประเภทองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น ประจำปี 2559**

โดยจะต้องมีการดำเนินงานด้านคนพิการอาทิ

* มีการจ้างงานคนพิการมากกว่าหรือตามจำนวนที่กฎหมายกำหนด (มาตรา 33) โดยการจ้างงานนั้นจะต้องเป็นการจ้างงานในตำแหน่งหน้าที่เหมาะสมตามความสามารถของคนพิการนั้น และการสนับสนุนส่งเสริมให้ลูกจ้างคนพิการมีความก้าวหน้าตามสายงาน
* มีการจัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ มีการจ้างเหมาช่วงงานหรือจ้างเหมาบริการโดยวิธีกรณีพิเศษ หรือมีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวก ให้ความช่วยเหลือแก่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบคณะกรรมการฯ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการให้สัมปทาน (มาตรา 35)
* มีการจัดอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก หรือบริการในอาคารสถานที่ ยานพาหนะหรือบริการขนส่ง หรือบริการสาธารณะอื่นๆ ให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ (มาตรา 37)
* การส่งเสริมหรือจัดการศึกษาสายสามัญหรือสายวิชาชีพให้แก่คนพิการ
* การผลิตสินค้าหรือบริการเพื่อช่วยสร้างเสริมความสามารถหรือความสะดวกของคนพิการในการดำรงชีวิตประจำวัน หรือการประกอบอาชีพ
* กิจกรรมอื่นๆที่ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

**2.รางวัลประเภทองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการต่อเนื่อง ประจำปี 2559**

องค์กรที่ได้รับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่นมาอย่างต่อเนื่อง และมีการพัฒนาและการส่งเสริมงานด้านคนพิการให้มีคุณภาพ หรือมีการส่งเสริมพัฒนางานด้านคนพิการเพิ่มมากขึ้นจากเดิม

**3.รางวัลประเภทเกียรติยศองค์กรสนับสนุนที่งานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ**

\*\*\* องค์กรที่ได้รับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่นมาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 5 ปีติดต่อกัน และมีการพัฒนาและการส่งเสริมงานด้านคนพิการให้มีคุณภาพ หรือมีการส่งเสริมพัฒนางานด้าน  
คนพิการเพิ่มมากขึ้นจากเดิม**\*\*\***

****

**.**

**แบบฟอร์มเสนอชื่อองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น ประจำปี 2559**

**1. ชื่อสถานประกอบการ / องค์กร**

**2. ที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้)**

**3. ลักษณะงานทั่วไปขององค์กร**

**5. วิสัยทัศน์องค์กร**

**6. เว็บไซต์**

**7. ประเภทรางวัลที่เข้าประกวด (รายละเอียดตามเอกสารแนบ)**

🞎 องค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น **\*\*(พร้อมแนบเอกสารหมายเลข 1)**

🞎องค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่นต่อเนื่อง.........ปี

**\*\*(พร้อมแนบเอกสารหมายเลข 2)**

**8. โครงการหรือกิจกรรมด้านคนพิการที่ได้ดำเนินงาน และเป็นที่น่าสนใจ**

\*\*\*นำเสนอโครงการหรือกิจกรรมไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4 หรือ Infographicพร้อมทั้งจัดนำเสนอผลงานเป็นVTR Presentation ไม่เกิน 3 นาที \*\*\*\*

**9.ผู้ประสานงาน**

ชื่อ โทรศัพท์

โทรสาร E-mail

**10.หน่วยงานที่เสนอชื่อ (ถ้ามี)**

**รางวัลประเภทองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น**

เอกสารหมายเลย 1

**รางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น**

**1. การจ้างงานคนพิการ (มาตรา 33)** (พร้อมเอกสารแนบ)

1.1 ระยะเวลาในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมงานด้านคนพิการ ปี

1.2 จำนวนลูกจ้างทั้งหมด คน จำนวนลูกจ้างพิการ คน

1.3สวัสดิการอื่นๆที่ส่งเสริมและสนับสนุนแก่ลูกจ้างพิการ เช่น บริการรถรับ - ส่ง พนักงาน ,ที่พัก เป็นต้น

🞏 มี 🞏 ไม่มี

**\*\*\*ตัวอย่างเอกสารแนบการจ้างงานคนพิการ\*\*\***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ที่ | ชื่อ-สกุล | อายุ | ความพิการ | วุฒิการศึกษา | ตำแหน่งงาน | อายุงาน |
|  |  |  |  |  |  |  |

**2. การจ้างเหมาหรือสัมปทาน (มาตรา 35)** (พร้อมเอกสารแนบ)

2.1 กิจกรรม/โครงการที่ให้สัมปทานแก่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ ระยะเวลาดำเนินต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี

🞏 มี 🞏 ไม่มี

2.2การจัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ

🞏 มี 🞏 ไม่มี

2.3 การจัดจ้างเหมาช่วงงาน

🞏 มี 🞏 ไม่มี

2.4 การฝึกงาน/ฝึกอบรมแก่คนพิการ

🞏 มี 🞏 ไม่มี

2.5 อื่น ๆ (โปรดระบุ).........................................................................................................................................

**3. การสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกสามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ** (พร้อมเอกสารแนบ)

3.1 🞏 ที่จอดรถคนพิการ 3.2 🞏 ห้องน้ำสำหรับคนพิการ 3.3🞏 ราวจับ

3.4 🞏 ลิฟต์สำหรับคนพิการ 3.5 🞏ทางเดินสำหรับคนพิการทางการเห็น 3.6🞏อักษรเบรลล์

3.7 🞏 ทางลาดคนพิการ (ตรงตามอัตราส่วนที่กฎหมายกำหนด)

3.8 อื่น ๆ (โปรดระบุ).....................................................................................................................................

**4. กิจกรรมอื่นๆที่ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ**(พร้อมเอกสารแนบ)

🞏 มี 🞏 ไม่มี

ข้าพเจ้า .................................................................................. ตำแหน่ง..........................................................

ขอรับรองว่าข้อมูลที่เสนอเข้ารับรางวัลองค์กรสนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่นประจำปี พ.ศ. 2559 เป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).................................................ผู้เสนอ

(................................................................)

ตำแหน่ง ..........................................................

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

***\*\*\*\*\*\*กรุณาส่งแบบตอบรับกลับมาที่กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ\*\*\*\*\*\*  
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน หมายเลขโทรสาร 02 354 5196โทรศัพท์ 02-354 3893  
ติดต่อ นางสาววัลลภา มณีเชษฐา 087 191 1048 หรือ นางสาวอัจฉราพรรณ มัทวานุกูล 083 673 3281***  
***หรือทาง E- mail:nepthailand@gmail.comกรุณาส่งแบบตอบรับภายในวันที่20ตุลาคม 2559***

**รางวัลประเภทองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่นต่อเนื่อง**

เอกสารหมายเลย 2

**รางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่นต่อเนื่อง**

**1. ปีที่เคยได้รับรางวัล** สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ

🞏 ปี พ.ศ. 2555 🞏 ปี พ.ศ. 2556 🞏 ปี พ.ศ. 2557 🞏 ปี พ.ศ. 2558

**2. การจ้างงานคนพิการ(มาตรา 33)** (พร้อมเอกสารแนบ)

2.1 ระยะเวลาในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมงานด้านคนพิการ ปี

2.2 จำนวนลูกจ้างทั้งหมด คน จำนวนลูกจ้างพิการ คน

2.3 สวัสดิการอื่นๆที่ส่งเสริมและสนับสนุนแก่ลูกจ้างพิการ เช่น บริการรถรับ - ส่ง พนักงาน ,ที่พัก เป็นต้น

**\*\*\*ตัวอย่างเอกสารแนบการจ้างงานคนพิการ\*\*\***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ที่ | ชื่อ-สกุล | อายุ | ความพิการ | วุฒิการศึกษา | ตำแหน่งงาน | อายุงาน |
|  |  |  |  |  |  |  |

**3. การจ้างเหมาหรือสัมปทาน(มาตรา 35)** (พร้อมเอกสารแนบ)

3.1 กิจกรรม/โครงการที่ให้สัมปทานแก่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ ระยะเวลาดำเนินต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี

🞏 มี 🞏 ไม่มี

3.2การจัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ

🞏 มี 🞏 ไม่มี

3.3 การจัดจ้างเหมาช่วงงาน

🞏 มี 🞏 ไม่มี

3.4 การฝึกงาน/ฝึกอบรมแก่คนพิการ

🞏 มี 🞏 ไม่มี

**4. การสร้างสิ่งอำนวยความสะดวก**สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ(พร้อมเอกสารแนบ)

4.1 🞏 ที่จอดรถคนพิการ 4.2 🞏 ห้องน้ำสำหรับคนพิการ 4.3🞏 ราวจับ

4.4 🞏 ลิฟต์สำหรับคนพิการ 4.5 🞏 ทางเดินสำหรับคนพิการทางการเห็น 4.6🞏 อักษรเบรลล์

4.7 🞏 ทางลาดคนพิการ (ตรงตามอัตราส่วนที่กฎหมายกำหนด)

**5. กิจกรรมอื่นๆที่ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ**(พร้อมเอกสารแนบ)

🞏 มี 🞏 ไม่มี

**6. ตารางเปรียบเทียบการสนับสนุนงานด้านคนพิการ**

|  |  |
| --- | --- |
| **การดำเนินงานในปีที่ผ่านมา** | **การดำเนินงานในปัจจุบัน** |
|  |  |

ข้าพเจ้า .................................................................................. ตำแหน่ง..........................................................

ขอรับรองว่าข้อมูลที่เสนอเข้ารับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่นประจำปี พ.ศ. 2559 เป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).................................................ผู้เสนอ

(................................................................)

ตำแหน่ง ...........................................................

***\*\*\*\*\*\*กรุณาส่งแบบตอบรับกลับมาที่กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ\*\*\*\*\*\*  
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน หมายเลขโทรสาร 02 354 5196โทรศัพท์ 02-354 3893  
ติดต่อ นางสาววัลลภา มณีเชษฐา 087 191 1048 หรือ นางสาวอัจฉราพรรณ มัทวานุกูล 083 673 3281***  
***หรือทาง E- mail:nepthailand@gmail.comกรุณาส่งแบบตอบรับภายในวันที่20ตุลาคม 2559***