



เกณฑ์การพิจารณารางวัล
“องค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ ประจำปี 2564”

การมอบรางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ ประจำปี 2564 ในงานวันคนพิการสากล ประจำปี 2564
ณ กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อส่งเสริมการจ้างงานคนพิการในภาครัฐและภาคเอกชน
2. เพื่อสนับสนุนการมีงานทำของคนพิการ และคนพิการสามารถเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน
3. เพื่อเป็นการเชิดชูเกียรติให้แก่หน่วยงานที่สนับสนุนและส่งเสริมงานด้านคนพิการ

โดยรางวัลแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 1) ระดับดี หมายถึง หน่วยงานหรือองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ เป็นระยะเวลา 1 ปี
- 2) ระดับดีเด่น หมายถึง หน่วยงานหรือองค์กรที่ได้รับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการต่อเนื่องติดต่อกันมาแล้ว ตั้งแต่ 2 – 4 ปี
- 3) ระดับดีเยี่ยม หมายถึง หน่วยงานหรือองค์กรที่ได้รับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการต่อเนื่องติดต่อกันมาแล้ว ตั้งแต่ 5 – 10 ปี
- 4) ระดับเกียรติยศ หมายถึง หน่วยงานหรือองค์กรที่ได้รับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการระดับดีเยี่ยม ตั้งแต่ 5 ปีสุดท้ายติดต่อกัน และมีการสนับสนุนงานด้านคนพิการมากกว่าที่กฎหมายกำหนด มีผลงานเชิงประจักษ์ด้านการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตคนพิการที่ดีขึ้น โดยให้การสนับสนุนทุกประเภทความพิการ

ประเภทที่ 1 องค์กรที่ส่งเสริมการมีงานทำของคนพิการตามมาตรา 33 , 35 องค์กรที่ส่งเสริมการมีงานทำ
ของคนพิการ

- มีการจ้างงานคนพิการมากกว่าหรือตามจำนวนที่กฎหมายกำหนด (มาตรา 33)
- การจัดสัมปทาน จัดหาสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ จัดจ้างเหมาช่วงงานหรือจ้างเหมาบริการโดยวิธีกรณีพิเศษ ฝึกงาน หรือจัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก ล่ามภาษามือ หรือให้ความช่วยเหลืออื่นใดแก่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ (มาตรา 35)

เงื่อนไข 1) องค์กรที่มีการจ้างงานคนพิการครบ 100 เปอร์เซ็นต์ หรือมากกว่าที่กฎหมายกำหนด
2) กรณีที่ไม่สามารถจ้างงานคนพิการได้ครบ 100 เปอร์เซ็นต์ จะต้องมีการดำเนินงาน
ตามมาตรา 35 โดยไม่มีการนำส่งเงินเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ประเภทที่ 2 ประเภทองค์กรที่สนับสนุนคนพิการในด้านต่าง ๆ นอกเหนือการดำเนินการตามมาตรา 35

- 1) องค์กรที่ส่งเสริมด้านกีฬา อาทิ การส่งเสริมและพัฒนาการกีฬา นันทนาการ อุปกรณ์การกีฬา หรือการส่งเสริมให้คนพิการสามารถเข้ามามีส่วนร่วมทางดานกีฬาและนันทนาการ
- 2) องค์กรที่ส่งเสริมด้านศิลปะ ดนตรี อาทิ การส่งเสริมและพัฒนาการด้านทักษะฝีมือด้านศิลปะ ดนตรี เพื่อการบำบัดฟื้นฟู หรือการส่งเสริมอาชีพ เป็นต้น
- 3) องค์กรที่ส่งเสริมด้านการบำเพ็ญประโยชน์ คือ กิจกรรมเป็นประโยชน์ต่อคนพิการในด้านต่าง ๆ

เงื่อนไข ทั้งนี้การสนับสนุนดังกล่าวจะต้องเป็นการสนับสนุนที่อยู่นอกเหนือการส่งเงินเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยจะต้องมีการสนับสนุนการดำเนินงานเป็นมูลค่า 1,000,000 บาทขึ้นไปต่อปี (โดยนับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2564)

ประเภทที่ 3 ประเภทองค์กรสื่อมวลชนที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ

- 1) สื่อสิ่งพิมพ์ ได้แก่ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วารสาร หนังสือเล่ม เป็นต้น ที่ถูกต้องตามพระราชบัญญัติการพิมพ์
- 2) สื่อวิทยุกระจายเสียง ได้แก่ รายการวิทยุที่ออกอากาศคลื่นหลักและวิทยุชุมชนที่ได้รับการอนุญาตตามหลักเกณฑ์ของสำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.)
- 3) สื่อวิทยุโทรทัศน์ ได้แก่ รายการทางวิทยุโทรทัศน์ ที่ได้รับการอนุญาตตามหลักเกณฑ์ของสำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.)
- 4) สื่อพินบ้าน ได้แก่ ศิลปิน นักแสดง สื่อการแสดงพินบ้าน ที่เผยแพร่ ศิลปะวัฒนธรรมพินบ้านและสามารถแสดงจนเป็นที่นิยมในสังคมท้องถิ่น
- 5) สื่อทางเลือก ได้แก่ สื่อเทคโนโลยี สื่ออิเล็กทรอนิกส์ สื่อออนไลน์ และสื่ออื่น ๆ ที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ โดยมีองค์กรและผู้รับผิดชอบถูกต้องเหมาะสม มีผู้ใช้บริการอย่างแพร่หลาย

เงื่อนไข

- สื่อที่ผลิตและสร้างรายการประจำ เพื่อส่งเสริมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ให้แก่คนพิการ
- สื่อที่ส่งเสริมกำลังใจและความดีของคนพิการที่ทำคุณประโยชน์และดำรงชีวิตเป็นแบบอย่างที่ดีในสังคม
- สื่อที่ผลิตและสร้างสรรค์ผลงานให้สังคมมีส่วนร่วมในการส่งเสริม สนับสนุนพัฒนาศักยภาพและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิคนพิการ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและเป็นแบบอย่างจิตอาสา
- สื่อเผยแพร่อย่างสม่ำเสมอ ในระยะเวลา 1 ปี

ทั้งนี้ ผลการพิจารณาถือเป็นสิทธิขาดของทางคณะกรรมการ และคำตัดสินของคณะกรรมการถือเป็นที่สุด



แบบฟอร์มเสนอชื่อองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ ประจำปี 2564

คำชี้แจง - โปรดเติมข้อความในช่องว่าง และใส่เครื่องหมาย X บน หน้าข้อความที่ต้องการ

1. ข้อมูลทั่วไปขององค์กรที่ขอรับรางวัลสนับสนุนงานด้านคนพิการ

1.1 ชื่อสถานประกอบการ / องค์กรฯ

.....

1.2 ที่อยู่องค์กรฯ (ที่สามารถติดต่อได้) เลขที่.....ตรอก / ซอย.....

หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....เว็บไซต์.....

อีเมล.....โทรสาร.....

อื่น ๆ.....

1.3 ประเภท/ลักษณะ/ธุรกิจ/กิจการขององค์กรฯ (อธิบายโดยสังเขป)

.....

1.4 วิสัยทัศน์ขององค์กร

.....

1.5 เว็บไซต์

.....

1.6 องค์กรมีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการตามกฎหมายพื้นฐาน 5 ด้านตามมติคณะรัฐมนตรี ได้แก่ ทางลาด ห้องน้ำ ที่จอดรถ บริการข้อมูลข่าวสาร และป้ายสัญลักษณ์ หรือการช่วยเหลือที่สมเหตุสมผลอื่น

.....

1.7 การดำเนินงานของหน่วยงานหรือองค์กรที่เื้อื่อต่อคนพิการในรูปแบบ New Normal (อธิบายโดยสังเขป)

.....

.....

2. ข้อมูลประเภทและระดับรางวัลขององค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ

2.1 ประเภทองค์กรฯ จำแนกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ประเภทที่ 1 องค์กรที่ส่งเสริมการมีงานทำของคนพิการตามมาตรา 33 , 35
- ประเภทที่ 2 ประเภทองค์กรที่สนับสนุนคนพิการในด้านอื่น ๆ นอกเหนือการดำเนินการตามมาตรา 35
- ประเภทที่ 3 ประเภทองค์กรสื่อมวลชนที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ

2.2 ระดับรางวัลขององค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ (จำแนกตามระยะเวลาที่ได้รับรางวัล)

- ระดับที่ 1 ระดับดี (ระยะเวลา 1 ปี)
- ระดับที่ 2 ระดับดีเด่น (ระยะเวลาที่ได้รับรางวัลต่อเนื่อง 2 - 4 ปี)
- ระดับที่ 3 ระดับดีเยี่ยม (ระยะเวลาที่ได้รับรางวัลต่อเนื่อง 5 - 10 ปี)
- ระดับที่ 4 ระดับเกียรติยศ (หน่วยงานหรือองค์กรที่ได้รับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ ระดับดีเยี่ยม ตั้งแต่ 5 ปีสุดท้ายติดต่อกัน และมีการสนับสนุนงานด้านคนพิการมากกว่าที่กฎหมายกำหนด มีผลงานเชิงประจักษ์ด้านการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตคนพิการที่ดีขึ้น โดยให้การสนับสนุนทุกประเภทความพิการ)

3. ข้อมูลประวัติการได้รับรางวัลขององค์กรที่ขอรับรางวัลสนับสนุนงานด้านคนพิการ

ยังไม่เคยได้รับรางวัล

ได้รับรางวัลฯ (ระบุครั้งที่ พ.ศ.ที่รับประเภทองค์กร และระดับรางวัลตามข้อ 2)

- | | | | |
|-------------|------------------|---|---|
| ครั้งที่ 1 | เมื่อปี พ.ศ..... | ประเภท <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | ระดับ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| ครั้งที่ 2 | เมื่อปี พ.ศ..... | ประเภท <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | ระดับ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| ครั้งที่ 3 | เมื่อปี พ.ศ..... | ประเภท <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | ระดับ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| ครั้งที่ 4 | เมื่อปี พ.ศ..... | ประเภท <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | ระดับ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| ครั้งที่ 5 | เมื่อปี พ.ศ..... | ประเภท <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | ระดับ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| ครั้งที่ 6 | เมื่อปี พ.ศ..... | ประเภท <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | ระดับ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| ครั้งที่ 7 | เมื่อปี พ.ศ..... | ประเภท <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | ระดับ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| ครั้งที่ 8 | เมื่อปี พ.ศ..... | ประเภท <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | ระดับ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| ครั้งที่ 9 | เมื่อปี พ.ศ..... | ประเภท <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | ระดับ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| ครั้งที่ 10 | เมื่อปี พ.ศ..... | ประเภท <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | ระดับ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |

4. โครงการหรือกิจกรรมด้านคนพิการที่ได้ดำเนินงาน และเป็นที่น่าสนใจ

(ส่งรายละเอียดทั้ง 3 หัวข้อ)

- 4.1 โครงการหรือกิจกรรมความยาวไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4
- 4.2 Infographic ความยาวไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4
- 4.3 VTR Presentation ความยาวไม่เกิน 3 นาที

5. ข้อมูลผู้ประสานงาน เพื่อขอรับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น

ชื่อ.....ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail.....

6. หน่วยงานที่เสนอชื่อองค์กรขอรับรางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น (ถ้ามี)

ชื่อ.....ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail.....

รางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ **ระดับดี**

ประเภทองค์กรสื่อมวลชนที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ

ประเภทสื่อ

หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ อื่น ๆ

1. จำนวนลูกจ้างทั้งหมด.....คน จำนวนลูกจ้างพิการ.....คน
2. มูลค่าการจ้างงานคนพิการทั้งหมด.....บาทต่อปี
3. การสนับสนุนและส่งเสริมการสร้างเจตคติที่ดีของคนในสังคมต่อคนพิการในวงกว้าง
(โดยนับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2564)

ลำดับ	รายการ	หน่วยนับ	การดำเนินงาน	มูลค่า
1.	รายการ/สื่อบุคคลในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ (พร้อมแนบตัวอย่างหรือหลักฐาน)	จำนวนรายการ/ สื่อบุคคล		
2.	ช่องทางในการเผยแพร่	จำนวนช่องทาง		
3.	ส่งเสริมให้คนพิการสามารถเข้าถึงสื่อประเภทต่าง ๆ อาทิ ล่าม ภาษามือ บทบรรยาย เป็นต้น	จำนวนรายการ/ สื่อบุคคล		
4.	การส่งเสริมให้คนพิการสามารถเข้าถึงสิทธิคนพิการ	จำนวนรายการ/ สื่อบุคคล		

4. หลักฐานผลการดำเนินงานปี 2564

รูปภาพ ใบเสร็จ อื่น ๆ

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่าข้อมูลที่เสนอเข้ารับรางวัลองค์กรสนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2564 เป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้เสนอ

(.....)

ตำแหน่ง

(ผู้บริหารหรือกรรมการผู้จัดการขององค์กร)

*****กรุณาส่งแบบตอบรับกลับมาที่กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ*****

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน หมายเลขโทรสาร 02 354 5026 โทรศัพท์ 02 354 3388 ต่อ 307

ติดต่อ นายสมพงษ์ บัวระภา 081 639 6131 หรือ นางลัดดา พวงไพโรจน์ 092 637 4544

หรือทาง E-mail: dep.policy@gmail.com กรุณาส่งแบบตอบรับภายใน วันที่ 21 ตุลาคม 2564 ก่อนเวลา 16.00 น.

รางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ ระดับดีเด่น

ประเภทองค์กรสื่อมวลชนที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ

ประเภทสื่อ

หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ อื่น ๆ

1. จำนวนลูกจ้างทั้งหมด.....คน จำนวนลูกจ้างพิการ.....คน

2. มูลค่าการจ้างงานคนพิการทั้งหมด.....บาทต่อปี

3. การสนับสนุนและส่งเสริมการสร้างเจตคติที่ดีของคนในสังคมต่อคนพิการในวงกว้าง

(โดยนับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2564)

ลำดับ	รายการ	หน่วยนับ	การดำเนินงาน	มูลค่า
1.	รายการ/สัปดาห์ในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ (พร้อมแนบตัวอย่างหรือหลักฐาน)	จำนวนรายการ/ สัปดาห์		
2.	ช่องทางในการเผยแพร่	จำนวนช่องทาง		
3.	ส่งเสริมให้คนพิการสามารถเข้าถึงสื่อประเภทต่าง ๆ อาทิ ล่าม ภาษามือ บทบรรยาย เป็นต้น	จำนวนรายการ/ สัปดาห์		
4.	การส่งเสริมให้คนพิการสามารถเข้าถึงสิทธิคนพิการ	จำนวนรายการ/ สัปดาห์		

4. หลักฐานผลการดำเนินงานปี 2564

รูปถ่าย ใบเสร็จ อื่น ๆ

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่าข้อมูลที่เสนอเข้ารับรางวัลองค์กรสนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2564 เป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้เสนอ

(.....)

ตำแหน่ง

(ผู้บริหารหรือกรรมการผู้จัดการขององค์กร)

*****กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ*****

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน หมายเลขโทรสาร 02 354 5026 โทรศัพท์ 02 354 3388 ต่อ 307

ติดต่อ นายสมพงษ์ บัวระภา 081 639 6131 หรือ นางลัดดา พวงไพโรจน์ 092 637 4544

หรือทาง E- mail: dep.policy@gmail.com กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการใน วันที่ 21 ตุลาคม 2564 ก่อนเวลา 16.00 น.

3. ตารางเปรียบเทียบการสนับสนุนงานด้านคนพิการ (สรุปโดยสังเขป)

การดำเนินงานในปีที่ผ่านมา	การดำเนินงานในปัจจุบัน

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่าข้อมูลที่เสนอเข้ารับรางวัลองค์กรสนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2564 เป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้เสนอ
(.....)

ตำแหน่ง
(ผู้บริหารหรือกรรมการผู้จัดการขององค์กร)

*****กรุณาส่งแบบตอบรับกลับมาที่กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ*****

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน หมายเลขโทรสาร 02 354 5026 โทรศัพท์ 02 354 3388 ต่อ 307

ติดต่อ นายสมพงษ์ บัวระภา 081 639 6131 หรือ นางลัดดา พวงไพโรจน์ 092 637 4544

หรือทาง E-mail: dep.policy@gmail.com กรุณาส่งแบบตอบรับภายใน วันที่ 21 ตุลาคม 2564 ก่อนเวลา 16.00 น.

รางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ ระดับดีเยี่ยม

ประเภทองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ

หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ อื่น ๆ

1. จำนวนลูกจ้างทั้งหมด.....คน จำนวนลูกจ้างพิการ.....คน
2. มูลค่าการจ้างงานคนพิการทั้งหมด.....บาทต่อปี
3. การสนับสนุนและส่งเสริมการสร้างเจตคติที่ดีของคนในสังคมต่อคนพิการในวงกว้าง
(โดยนับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2564)

ลำดับ	รายการ	จำนวน	การดำเนินงาน	มูลค่า
1.	รายการ/สื่อบุคคลในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ (พร้อมแนบตัวอย่างหรือหลักฐาน)	รายการ/ สื่อบุคคล		
2.	ช่องทางในการเผยแพร่	จำนวนช่องทาง		
3.	ส่งเสริมให้คนพิการสามารถเข้าถึงสื่อประเภทต่าง ๆ อาทิ ล่าม ภาษามือ บทบรรยาย เป็นต้น	รายการ/ สื่อบุคคล		
4.	การส่งเสริมให้คนพิการสามารถเข้าถึงสิทธิคนพิการ	รายการ/ สื่อบุคคล		

4. ตารางเปรียบเทียบการสนับสนุนงานด้านคนพิการ (สรุปโดยสังเขป)

การดำเนินงานในปีที่ผ่านมา	การดำเนินงานในปัจจุบัน

5. หลักฐานผลการดำเนินงานปี 2564

รูปภาพ ใบเสร็จ อื่น ๆ

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่าข้อมูลที่เสนอเข้ารับรางวัลองค์กรสนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2564 เป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้เสนอ

(.....)

ตำแหน่ง

(ผู้บริหารหรือกรรมการผู้จัดการขององค์กร)

*****กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ*****

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน หมายเลขโทรสาร 02 354 5026 โทรศัพท์ 02 354 3388 ต่อ 307

ติดต่อ นายสมพงษ์ บัวระภา 081 639 6131 หรือ นางลัดดา พวงไพโรจน์ 092 637 4544

หรือทาง E-mail: dep.policy@gmail.com กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการใน วันที่ 21 ตุลาคม 2564 ก่อนเวลา 16.00 น.

3. ตารางเปรียบเทียบการสนับสนุนงานด้านคนพิการ (สรุปโดยสังเขป)

การดำเนินงานในปีที่ผ่านมา	การดำเนินงานในปัจจุบัน

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่าข้อมูลที่เสนอเข้ารับรางวัลองค์กรสนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2564 เป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้เสนอ
(.....)

ตำแหน่ง
(ผู้บริหารหรือกรรมการผู้จัดการขององค์กร)

*****กรุณาส่งแบบตอบรับกลับมาที่กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ*****

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน หมายเลขโทรสาร 02 354 5026 โทรศัพท์ 02 354 3388 ต่อ 307

ติดต่อ นายสมพงษ์ บัวระภา 081 639 6131 หรือ นางลัดดา พวงไพโรจน์ 092 637 4544

หรือทาง E-mail: dep.policy@gmail.com กรุณาส่งแบบตอบรับภายใน วันที่ 21 ตุลาคม 2564 ก่อนเวลา 16.00 น.

รางวัลองค์กรที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ ระดับเกียรติยศ

ประเภทองค์กรสื่อมวลชนที่สนับสนุนงานด้านคนพิการ

หนังสือพิมพ์ วิทยู โทรทัศน์ อื่น ๆ

1. จำนวนลูกจ้างทั้งหมด.....คน จำนวนลูกจ้างพิการ.....คน

2. มูลค่าการจ้างงานคนพิการทั้งหมด.....บาทต่อปี

3. การสนับสนุนและส่งเสริมการสร้างเจตคติที่ดีของคนในสังคมต่อคนพิการในวงกว้าง

(โดยนับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2564)

ลำดับ	รายการ	จำนวน	การดำเนินงาน	มูลค่า
1.	รายการ/สื่อบุคคลในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ (พร้อมแนบตัวอย่างหรือหลักฐาน)	รายการ/ สื่อบุคคล		
2.	ช่องทางในการเผยแพร่	จำนวนช่องทาง		
3.	ส่งเสริมให้คนพิการสามารถเข้าถึงสื่อประเภทต่าง ๆ อาทิ ล่าม ภาษามือ บทบรรยาย เป็นต้น	รายการ/ สื่อบุคคล		
4.	การส่งเสริมให้คนพิการสามารถเข้าถึงสิทธิคนพิการ	รายการ/ สื่อบุคคล		

4. ตารางเปรียบเทียบการสนับสนุนงานด้านคนพิการ (สรุปโดยสังเขป)

การดำเนินงานในปีที่ผ่านมา	การดำเนินงานในปัจจุบัน

5. หลักฐานผลการดำเนินงานปี 2564

รูปถ่าย ใบเสร็จ อื่น ๆ

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่าข้อมูลที่เสนอเข้ารับรางวัลองค์กรสนับสนุนงานด้านคนพิการดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2564 เป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้เสนอ

(.....)

ตำแหน่ง

(ผู้บริหารหรือกรรมการผู้จัดการขององค์กร)

*****กรุณาส่งแบบตอบรับกลับมาที่กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ*****

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน หมายเลขโทรสาร 02 354 5026 โทรศัพท์ 02 354 3388 ต่อ 307

ติดต่อ นายสมพงษ์ บัวระภา 081 639 6131 หรือ นางลัดดา พวงไพโรจน์ 092 637 4544

หรือทาง E-mail: dep.policy@gmail.com กรุณาส่งแบบตอบรับภายใน วันที่ 21 ตุลาคม 2564 ก่อนเวลา 16.00 น.