

ใบสมัครขอรับการประเมินมาตรฐานองค์กรด้านคนพิการหรืออื่นใดที่ให้บริการแก่คนพิการ

๑. ชื่อองค์กร.....

๒. ที่อยู่

เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

อีเมล.....

๓. ชื่อผู้นำ

๔. ประเภทขององค์กร

- องค์กรของคนพิการ
- องค์กรเพื่อคนพิการ
- องค์กรอื่นใดที่ให้บริการแก่คนพิการ

๕. บริการขององค์กรที่ให้สมาชิก

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๖. กลุ่มเป้าหมาย

.....

.....

๗. ระยะเวลาที่องค์กรมีการดำเนินงาน

.....ปี.....เดือน

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.....	