ด่วนที่สุด

ที่ พร ๐๐๒๓.๓/ว ๓๗๓

ถึง สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ และสำนักงานเทศบาลเมืองแพร่

ด้วยสำนักงานคลังจังหวัดแพร่ แจ้งว่ามติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ เห็นชอบกรอบระยะเวลาการดำเนินการของโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ โดยกำหนดสิทธิการเริ่มใช้สวัสดิการแห่งรัฐ ในวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๖ เป็นต้นมา โดยกระทรวงได้รับทราบถึงปัญหาว่ามีประชาชนที่ไม่สามารถเปิดบัญชีและ/หรือผูกพร้อมเพย์กับเลขบัตรประจำตัวประชาชนได้ เพื่อเป็นการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นที่ประชุมคณะกรรมการประชารัฐสวัสดิการเพื่อเศรษฐกิจฐานรากและสังคม ครั้งที่ ๓/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖ มีมติเห็นชอบแนวทางการโอนเงินให้แก่ผู้ได้รับสิทธิตามโครงการฯ โดยกำหนดแนวทางการโอนเงินสำหรับผู้ผ่านคุณสมบัติที่ไม่สามารถผูกบัญชีพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชนได้ จึงขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พิจารณาดำเนินการ ดังนี้

๑. ตรวจสอบรายชื่อข้อมูลผู้สูงอายุตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ ที่ไม่มีบัญชีพร้อมเพย์ ตามบัญชีรายชื่อ (QR Code)

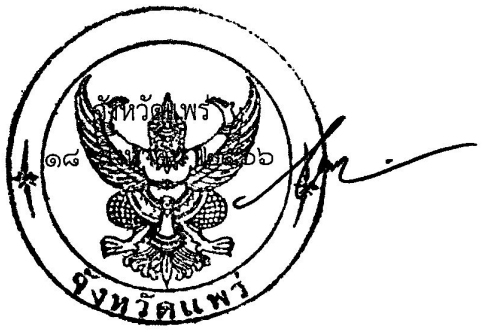
๒. ดำเนินการตามแนวทางการดำเนินการการยินยอมการโอนเงินสวัสดิการ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับสิทธิตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรวบรวมหนังสือยินยอมโอนเงินสวัสดิการแห่งรัฐฯ และเอกสารประกอบ **ส่งให้สำนักงานคลังจังหวัดแพร่โดยตรง ภายในวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๖** ทั้งนี้ หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่สำนักงานคลังจังหวัดแพร่ กลุ่มงานนโยบายและเศรษฐกิจจังหวัด เบอร์โทร ๐๕๔ ๕๑๑ ๐๗๖ ๐๘๒ ๙๙๒ ๓๑๐๐

นางสาวนุจรี อ่อนดี ตำแหน่ง นักวิชาการคลังชำนาญการ เบอร์โทร ๐๘๙ ๑๖๘ ๐๗๒๘

นางสาวมุกดา มะณี ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการคลังปฏิบัติงาน เบอร์โทร ๐๙๕ ๘๒๕ ๑๕๖๕

นางสาวปิยพร อุตสาธรรม ตำแหน่ง นักวิชาการคลัง เบอร์โทร ๐๘๓ ๑๕๓ ๓๕๐๙

รายละเอียดปรากฏตามเอกสารแนบท้ายนี้ สำหรับสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอ ขอความร่วมมือแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่พิจารณาดำเนินการต่อไป



สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด
กลุ่มงานบริการสาธารณะฯ
โทร. ๐-๕๔๕๓-๔๑๑๙ ต่อ ๓๐๖

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดแพร่
เลขที่ 3113
วันที่ 10 ส.ค. 2566
เวลา

ด่วนที่สุด

ที่ พร ๐๐๐๓/ ๗๗๙

ศาลากลางจังหวัดแพร่
ถนนไชยบูรณ์ พร ๕๔๐๐๐

๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ดำเนินการตามแนวทางการยินยอมการโอนเงินเข้าบัญชีผู้รับเงินแทน

เรียน ท้องถิ่นจังหวัดแพร่

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ข้อมูลผู้สูงอายุตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ ที่ไม่มีบัญชีพร้อมเพย์ จำนวน ๑ ฉบับ

๒. แนวทางการดำเนินการการยินยอมการโอนเงินสวัสดิการ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับสิทธิตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ กลุ่มผู้สุงอายุ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ เห็นชอบกรอบระยะเวลาการดำเนินการของโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ โดยกำหนดสิทธิการเริ่มใช้สวัสดิการแห่งรัฐ ในวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๖ เป็นต้นมา โดยกระทรวงได้รับทราบถึงปัญหาว่ามีประชาชนที่ไม่สามารถเปิดบัญชีและ/หรือผูกพร้อมเพย์กับเลขบัตรประจำตัวประชาชนได้ เพื่อเป็นการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นที่ประชุมคณะกรรมการประชารัฐสวัสดิการเพื่อเศรษฐกิจฐานรากและสังคม ครั้งที่ ๓/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖ มีมติเห็นชอบแนวทางการโอนเงินให้แก่ผู้ได้รับสิทธิตามโครงการฯ โดยกำหนดแนวทางการโอนเงินสำหรับผู้ผ่านคุณสมบัติที่ไม่สามารถผูกบัญชีพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชนได้

สำนักงานคลังจังหวัดแพร่ขอเรียนว่า เพื่อให้การดำเนินการตามแนวทางการโอนเงินสำหรับผู้ผ่านคุณสมบัติที่ไม่สามารถผูกบัญชีพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชนได้ บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด จึงขอความอนุเคราะห์สำนักงานส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น พิจารณาดำเนินการ ดังนี้

๑. ตรวจสอบรายชื่อข้อมูลผู้สูงอายุตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ ที่ไม่มีบัญชีพร้อมเพย์ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

๒. ดำเนินการตามแนวทางการดำเนินการการยินยอมการโอนเงินสวัสดิการ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับสิทธิตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ หากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อ นางสาวมุกดา มะณี ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการคลังปฏิบัติงาน เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๕ ๘๒๕ ๑๕๖๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางสุดารัตน์ รักจันทร์)
คลังจังหวัดแพร่

(นายณรงค์ศักดิ์ สุขสำราญ)
ผู้อำนวยการกลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น
๑๘ ส.ค. '๖๖

สำนักงานคลังจังหวัดแพร่
โทรศัพท์ ๐ ๕๔๕๑ ๑๒๗๖
โทรสาร ๐ ๕๔๕๒ ๒๙๔๖
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ pre@cgd.go.th

(นางวิมลรัตน์ สุทธิดี)

ข้อมูลผู้สูงอายุตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี 2565 ที่ไม่มีบัญชีพร้อมเพย์

1. อำเภอวังชิ้น

2. อำเภอสูงเม่น

3. อำเภอสอง

4. อำเภอเมือง

5. อำเภอลอง

6. อำเภอร้องกวาง

7. อำเภอหนองม่วงไข่

8. อำเภอเด่นชัย

แบบฟอร์ม 1

แบบฟอร์ม 2

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒

แนวทางการดำเนินการการให้ความยินยอมการโอนเงินสวัสดิการ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับสิทธิ ตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕

๑. ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตรวจสอบรายชื่อผู้สูงอายุในพื้นที่ผ่าน QR Code ตามเอกสารแนบ

๒. ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแจ้งผู้มีสิทธิว่ามีการผูกพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชนแล้วหรือไม่

๒.๑ กรณีผู้ได้รับสิทธิสามารถเดินทางไปผูกพร้อมเพย์ได้ ให้เดินทางไปผูกพร้อมเพย์บัญชีธนาคาร (ธนาคารใดก็ได้) กับเลขประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก

๒.๒ กรณีผู้ได้รับสิทธิไม่สามารถเดินทางไปเปิดบัญชีธนาคารและผูกพร้อมเพย์บัญชีธนาคาร (ธนาคารใดก็ได้) กับเลขประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก ได้แก่ ผู้พิการที่ไม่มีบัตรประจำตัวคนพิการ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้สูงอายุ ต้องกรอกข้อมูลในหนังสือยินยอมโอนเงินสวัสดิการฯ โดยแบ่งเป็น ๒ ประเภท ดังนี้

๒.๒.๑ ผู้ได้รับสิทธิที่มีความประสงค์ให้โอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น ให้กรอกข้อมูลใน **หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น** (เอกสารแนบ ๑) ให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมแนบเอกสารประกอบ ดังนี้

๑) หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น (เอกสารแนบ ๑)

๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิตามโครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัญชีร่วม พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๓) เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิตามโครงการฯ และผู้ถือบัญชีร่วม เช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๔) สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภทเงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ที่จะรับเงินสวัสดิการ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๕) ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)

๒.๒.๒ ผู้มีสิทธิที่มีความประสงค์ให้โอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น ให้กรอกข้อมูลใน **หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น** (เอกสารแนบ ๒) ให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมแนบเอกสารประกอบ ดังนี้

๑) หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น (เอกสารแนบ ๒)

๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิตามโครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๓) เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิตามโครงการฯ และผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน เช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๔) สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภทเงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ของผู้รับเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๕) ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)

๓. ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตรวจสอบข้อมูลในหนังสือยืนยอมโอนเงินสวัสดิการฯ และเอกสารประกอบให้ถูกต้อง ครบถ้วน

๔. ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวบรวมและส่งหนังสือยืนยอมโอนเงินสวัสดิการฯ และเอกสารประกอบให้กับสำนักงานคลังจังหวัดแพร่ ชั้น ๑ ศาลากลางจังหวัดแพร่ ภายในวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๖

หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ที่

- สำนักงานคลังจังหวัดแพร่ กลุ่มงานนโยบายและเศรษฐกิจจังหวัด เบอร์โทร ๐๕๔ ๕๑๑ ๐๗๖ ๐๘๒ ๙๙๒ ๓๑๐๐

นางสาวนุจรี	อ่อนดี	ตำแหน่ง นักวิชาการคลังชำนาญการ	เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๙ ๑๖๘ ๐๗๒๘
นางสาวมุกดา	มะณี	ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการคลังปฏิบัติงาน	เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๕ ๘๒๕ ๑๕๖๕
นางสาวปิยพร	อุตสาธรรม	ตำแหน่ง นักวิชาการคลัง	เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๓ ๑๕๓ ๓๕๐๙

หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น สำหรับผู้ได้รับสิทธิ์โครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (เฉพาะกรณีผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง และ/หรือผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถผูกพร้อมเพย์ได้)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....

เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ อายุ.....ปี

วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ สัญชาติ ..... อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่.....

แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ ..... หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ ☐☐☐-☐☐☐-☐☐☐☐ .

เป็นผู้ได้รับสิทธิ์ตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (โครงการฯ) ในฐานะ ☐ ผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง ☐ ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถผูกพร้อมเพย์ได้

ยินยอมให้กระทรวงการคลังโอนเงินสวัสดิการตามโครงการฯ ของข้าพเจ้า ผ่านบัญชีธนาคาร ..... เลขที่บัญชี ☐☐☐-☐-☐☐☐☐☐-☐ ซึ่งเป็นบัญชีร่วมของข้าพเจ้ากับ (นาย/นาง/นางสาว) .....

เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ อายุ.....ปี

วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ สัญชาติ ..... อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่.....

แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ ..... หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ ☐☐☐-☐☐☐-☐☐☐☐

ในฐานะ ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ บุตร ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ ..... ของข้าพเจ้า ตลอดระยะเวลาของโครงการฯ หรือจนกว่าข้าพเจ้าจะมีการแจ้งขอแก้ไข เพื่อใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ ในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐานแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... ผู้ถือบัญชีร่วม
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ 1. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน

2. กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัญชีร่วม พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

3. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ และผู้ถือบัญชีร่วม เช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภทเงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ที่จะรับเงินสวัสดิการ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

5. ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)

หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น สำหรับผู้ได้รับสิทธิ์โครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (เฉพาะกรณีผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง และ/หรือผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถเปิดบัญชีหรือผูกพร้อมเพย์ได้)

เอกสารแนบ 2

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....

เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ อายุ.....ปี

วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ สัญชาติ ..... อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่.....

แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ ..... หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ ☐☐☐-☐☐☐-☐☐☐☐ .

เป็นผู้ได้รับสิทธิ์โครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (โครงการฯ) ในฐานะ ☐ ผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง ☐ ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถเปิดบัญชีหรือผูกพร้อมเพย์ได้

ยินยอมให้กระทรวงการคลังโอนเงินสวัสดิการตามโครงการฯ ของข้าพเจ้าผ่านบัญชีธนาคาร ..... เลขที่บัญชี ☐☐☐-☐-☐☐☐☐☐-☐ ซึ่งเป็นบัญชีของ (นาย/นาง/นางสาว) .....

เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ อายุ.....ปี

วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ สัญชาติ ..... อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่.....

แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ ..... หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ ☐☐☐-☐☐☐-☐☐☐☐

ในฐานะ ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ บุตร ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ ..... ของข้าพเจ้า ตลอดระยะเวลาของโครงการฯ หรือจนกว่าข้าพเจ้าจะมีการแจ้งขอแก้ไข โดยผู้รับโอนจะถอนเงินนี้ให้แก่ข้าพเจ้าเพื่อใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ ในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐานแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... ผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ
1. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน
2. กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
3. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ และผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทนเช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภทเงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ของผู้รับเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
5. ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)

การยินยอมให้โอนเงินเข้าบัญชีผู้รับเงินแทน
ตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี 2565

กลุ่มผู้พิการที่ไม่มีบัตรประจำตัวคนพิการ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้สูงอายุ **ที่ไม่สามารถเดินทาง**ไปเปิดบัญชีเงินฝากธนาคารและผูกบัญชีพร้อมเพย์ได้

1 กรณีผู้ได้รับสิทธิไม่มีบัญชีเงินฝากธนาคารที่ผูกบัญชีพร้อมเพย์ และประสงค์ยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชี**ร่วมกับบุคคลอื่น**

เอกสารแนบ 1

ผู้ได้รับสิทธิ + บุคคลอื่น

ผู้มีสิทธิแสดงความประสงค์ขอรับการโอนเงินได้ที่สำนักงานคลังจังหวัดแพร่และยื่นเอกสารที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชี**ร่วมกับบุคคลอื่น (เอกสารแนบ 1)** พร้อมกรอกข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วน
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง **และ** สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัญชีร่วม พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
3. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ และผู้ถือบัญชีร่วม เช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภทเงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ที่จะรับเงินสวัสดิการ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
5. ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)

2 กรณีผู้ได้รับสิทธิไม่มีบัญชีเงินฝากธนาคารที่ผูกบัญชีพร้อมเพย์ และประสงค์ยินยอมโอนเงินสวัสดิการ

เอกสารแนบ 2

บุคคลอื่น

ผู้มีสิทธิแสดงความประสงค์ขอรับการโอนเงินได้ที่สำนักงานคลังจังหวัดแพร่และยื่นเอกสารที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการ พร้อมกรอกข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วน
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง **และ** สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
3. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ และผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน เช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภทเงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ของผู้รับเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
5. ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)

ยื่นเอกสารที่ สำนักงานคลังจังหวัดแพร่

กลุ่มงานนโยบายและเศรษฐกิจจังหวัด สำนักงานคลังจังหวัดแพร่ 054 511076 054 522946 pre@cgd.go.th