

สนง.ส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอ
เลขรับที่ ๓๑๓
วันที่ ๕ ก.พ. ๒๕๖๖
เวลา.....น.



ที่ สก ๐๐๒๓.๕/ว ๔๕๐

ถึง สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ, องค์การบริหารส่วนจังหวัดสระแก้ว และเทศบาลเมือง ทุกแห่ง

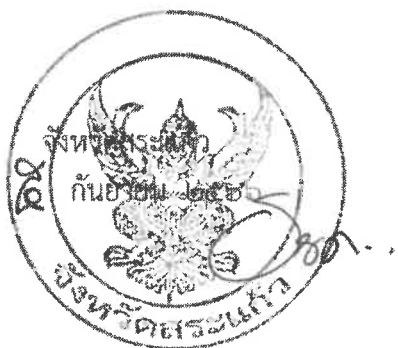
ด้วยสำนักงานคลังจังหวัดสระแก้ว แจ้งว่า กระทรวงการคลังได้ดำเนินโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ และในคราวการประชุมคณะกรรมการประชารัฐสวัสดิการเพื่อเศรษฐกิจฐานรากและสังคม ครั้งที่ ๗/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖ มีมติเห็นชอบแนวทางการโอนเงินสำหรับผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ ที่ยังไม่สามารถผูกบัญชีพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชนได้ และเพื่อให้ผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ ได้รับเงินสวัสดิการตามโครงการฯ จึงขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประชาสัมพันธ์แนวทางการโอนเงินสำหรับผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการฯ และเอกสารแบบฟอร์มที่เกี่ยวข้องให้กับผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการฯ ในพื้นที่ทราบต่อไป รายละเอียดปรากฏตามสำเนาหนังสือสำนักงานคลังจังหวัดสระแก้ว ที่ สก ๐๐๐๗/๙๔๖ ลงวันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๖ ที่ส่งมาพร้อมนี้

ที่ สก ๐๐๒๓.๑๗/ว ๓๑๓ ลงวันที่ ๕ ก.พ. ๒๕๖๖

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลตาพระยา
 นายกองสั่งการบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง
 นายกองสั่งการบริหารส่วนตำบล.....

เพื่อโปรดทราบ
 เพื่อโปรดพิจารณา

ทศ: ตักวินทรพงษ์



(เอกรัตน์ เสาะพบดี)
ท้องถิ่นอำเภอตาพระยา

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดสระแก้ว
กลุ่มงานการเงินบัญชีและการตรวจสอบ
โทร. ๐-๓๗๔๒-๕๑๑๘ ต่อ ๑๑



สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดสระแก้ว
เลขรับที่ 6791
วันที่ 25 ส.ค. 2566
เวลา.....น.

ที่ สก ๐๐๐๓/๘๘๖

สำนักงานคลังจังหวัดสระแก้ว

ถนนสุวรรณศร สก ๒๗๐๐๐

๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๖

258a.66

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์แนวทางการโอนเงินสำหรับผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ ที่ยังไม่สามารถผูกบัญชีพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชนได้

เรียน ท้องถิ่นจังหวัดสระแก้ว

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สื่อประชาสัมพันธ์แนวทางการโอนเงินฯ จำนวน ๒ แผ่น
 ๒. แบบฟอร์มหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น จำนวน ๑ ฉบับ
 ๓. แบบฟอร์มหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยกระทรวงการคลังได้ดำเนินโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ และในคราวการประชุมคณะกรรมการประชารัฐสวัสดิการเพื่อเศรษฐกิจฐานรากและสังคม ครั้งที่ ๓/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖ มีมติเห็นชอบแนวทางการโอนเงินสำหรับผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ ที่ยังไม่สามารถผูกบัญชีพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชนได้

สำนักงานคลังจังหวัดสระแก้วพิจารณาแล้ว เพื่อให้ผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ ได้รับเงินสวัสดิการตามโครงการฯ จึงขอความอนุเคราะห์ท่านแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาสัมพันธ์แนวทางการโอนเงินสำหรับผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการฯ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ และเอกสารแบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ และ ๓ ให้กับผู้ที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการฯ ในพื้นที่ที่ทราบต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวบุษทัย วงษ์พัฒน์)

คลังจังหวัดสระแก้ว

กลุ่มงานนโยบายและเศรษฐกิจจังหวัด

โทร. ๐ ๓๗๔๒ ๕๐๐๑-๓ ต่อ ๓๑๘

โทรสาร ๐ ๓๗๔๒ ๕๐๐๑-๓ ต่อ ๓๒๔



เอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ - ๓



ข่าวประชาสัมพันธ์

สำนักงานคลังจังหวัดสระแก้ว

แนวทางการโอนเงินสำหรับผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี 2565 ที่ยังไม่สามารถผูกบัญชีพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชน

กลุ่มผู้พิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ



ที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการจาก อปท. เดือนละ 800 บาท และผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการฯ มีบัตรประจำตัวคนพิการ ตามฐานข้อมูลของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) จะได้รับเงินเพิ่มเบี้ยความพิการอีกเดือนละ 200 บาท โดยกรมบัญชีกลางจะดำเนินการโอนเงินเพิ่มเบี้ยความพิการผ่านช่องทาง ดังนี้

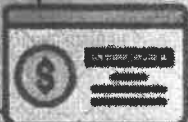
1

โอนเข้าบัญชีพร้อมเพย์ (กรณีผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการฯ มีบัญชีพร้อมเพย์ที่ผูกกับเลขประจำตัวประชาชน)

พร้อมเพย์
PromptPay

2

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ผู้ผ่านเกณฑ์ฯ ใช้รับเงินเบี้ยความพิการจาก อปท. เดือนละ 800 บาท (กรณีไม่สามารถรับเงินผ่านบัญชีพร้อมเพย์ตามข้อ 1 จะทำการโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้มีสิทธิ/ผู้แทน/ผู้ได้รับมอบอำนาจรับเงินเบี้ยความพิการ)

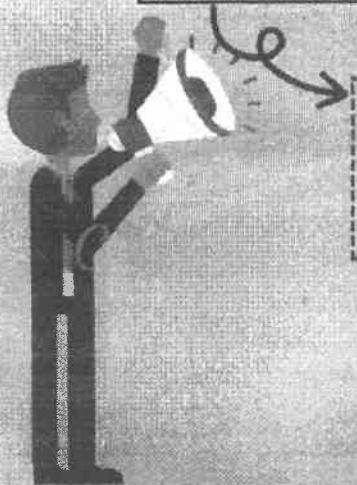


3

โอนเข้าบัญชีพร้อมเพย์ที่ผูกบัญชีกับเลขประจำตัวประชาชนที่เปิดขึ้นมาใหม่ / บัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ได้รับมอบอำนาจ (กรณีผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาฯ ที่รับเงินเบี้ยความพิการจาก อปท. เดือนละ 800 บาท เป็นเงินสด

NEW!

ทั้งนี้ เมื่อดำเนินการเปิดบัญชีและผูกบัญชีพร้อมเพย์แล้วให้ผู้ผ่านเกณฑ์ฯ / ผู้ได้รับมอบอำนาจ แจ้งขอเปลี่ยนจากการรับเงินสดเป็นโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร กับ อปท. ที่ตนเองรับเงินเบี้ยความพิการ





ข่าวประชาสัมพันธ์

สำนักงานคลังจังหวัดสระแก้ว



แนวทางการโอนเงินสำหรับผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติ ตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี 2565 ที่ยังไม่สามารถผูกบัญชีพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชน

กลุ่มผู้พิการที่ไม่มีบัตรประจำตัวคนพิการ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้สูงอายุ

ที่ไม่สามารถเดินทางไปเปิดบัญชีเงินฝากธนาคารและผูกบัญชีพร้อมเพย์ได้ โดยกรมบัญชีกลางจะดำเนินการโอนเงินสวัสดิการผ่านช่องทาง ดังนี้



1 โอนเข้าบัญชีร่วมของผู้ผ่านเกณฑ์ฯ กับผู้ดูแล โดยผู้ได้รับสิทธิและผู้ดูแล ต้องกรอกข้อมูลและลงลายมือชื่อในหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น



หนังสือให้ความยินยอมฯ บัญชีร่วมกับบุคคลอื่น



2 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ผูกบัญชีพร้อมเพย์กับเลขบัตรประชาชน ของผู้ที่ได้รับความยินยอมจากผู้ผ่านเกณฑ์ฯ โดยผู้ได้รับสิทธิและผู้ได้รับความยินยอมฯ ต้องกรอกข้อมูลและลงลายมือชื่อในหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น



หนังสือให้ความยินยอมฯ บัญชีบุคคลอื่น

ทั้งนี้ ผู้ได้รับสิทธิ/ผู้ได้รับความยินยอมฯ ต้องจัดส่งเอกสาร ให้สำนักงานคลังจังหวัด ดังนี้

- หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น (ตามข้อ 1) / หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น (ตามข้อ 2)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัญชีร่วม/ผู้รับเงินโอนสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาเอกสารแสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ได้รับสิทธิ และผู้ถือบัญชีร่วม /ผู้รับเงินโอนสวัสดิการแทน เช่น สูติบัตร ทะเบียนบ้าน เอกสารทางราชการอื่นที่สามารถแสดงความสัมพันธ์ได้ เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เพื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้น ประเภทเงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ที่จะรับเงินสวัสดิการ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)



หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น
สำหรับผู้ได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
(เฉพาะกรณีผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง และ/หรือผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป
ที่ไม่สามารถผูกพร้อมเพยได้)

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 --.
เป็นผู้ได้รับสิทธิตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (โครงการฯ) ในฐานะ ผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง
 ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถผูกพร้อมเพยได้

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 เพื่อใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของ
โครงการฯ ในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐานแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ
(.....) ตัวบรรจง

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

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

- หมายเหตุ
1. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน
 2. กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัญชีร่วม พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 3. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ 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)

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 ของข้าพเจ้าผ่าน
บัญชีธนาคาร 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 โดยผู้รับโอนจะถอนเงินนี้ให้แก่ข้าพเจ้า
เพื่อใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ ในกรณีนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญ
ต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐานแล้ว

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

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

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

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