ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์ /ชี้แจงกับประชาชนในพื้นที่

ผู้ได้รับสิทธิบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ โดยหลักการแล้วต้องยืนยันตัวตนที่ธนาคารก่อนการใช้สิทธิด้วยบัตรประจำตัวประชาชน และจะต้องมีการผูกพร้อมเพย์ด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก กับบัญชีเงินฝากธนาคารใดก็ได้ เพื่อรองรับการที่รัฐบาลจะจ่ายเป็นเงินสด โดยการโอนเงินเข้าบัญชีในบางโอกาส ซึ่งขณะนี้ กรมกิจการผู้สูงอายุ ได้แจ้งแนวทางการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุ (อายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป) ที่มีรายได้น้อยที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ กำหนดให้จ่ายเงินสงเคราะห์ในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อเดือน เป็นระยะเวลา ๖ เดือน (เดือน เมษายน ถึงเดือน กันยายน ๒๕๖๖) เป็นเงิน รวม ๖๐๐ บาท

ทั้งนี้ คณะกรรมการผู้สูงอายุ ได้กำหนดให้ผู้มีสิทธิในโครงการฯ ได้รับเงินโดยใช้ช่องทางการโอนเงินผ่านระบบพร้อมเพย์ที่ผูกกับเลขบัตรประจำตัวประชาชน จึงมีความจำเป็นต้องให้ผู้ได้รับสิทธิต้องไปดำเนินการผูกบัญชีพร้อมเพย์ เพื่อการรับเงินดังกล่าว และโอกาสต่อ ๆ ไปได้ด้วย

สำหรับกลุ่มผู้ได้รับสิทธิที่ไม่สามารถไปดำเนินการผูกพร้อมเพย์ได้ (กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ) ***สามารถทำหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น หรือหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น*** ได้ โดยต้องมาส่งแบบฟอร์มดังกล่าวที่สำนักงานคลังจังหวัดตรัง (ศาลากลางจังหวัดตรัง) เพื่อให้เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลเข้า "ระบบยินยอมให้โอนเงินเข้าบัญชีผู้รับเงินแทน" ได้

ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่สามารถไปดำเนินการผูกพร้อมเพย์กับบัญชีที่มีอยู่ หรือเปิดบัญชีใหม่เพื่อผูกพร้อมเพย์ได้ด้วยตนเอง ขอให้ไปดำเนินการผูกพร้อมเพย์ให้เรียบร้อยภายในวันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๖ ไม่ต้องมาติดต่อที่สำนักงานคลังจังหวัดตรัง

<u>เพื่อสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุที่ได้รับสิทธิบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ จะได้รับเงินเพิ่มขึ้น</u>

หากมีปัญหาข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ที่สำนักงานคลังจังหวัดตรัง

โทร ๐๗๕-๒๑๘๐๒๒ ต่อ ๓๑๑ ,๓๑๒,๓๑๓,๓๑๔

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)

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 โดยผู้รับโอนจะถอนเงินนี้ให้แก่ข้าพเจ้า
เพื่อใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ ในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญ
ต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐานแล้ว

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)