

- สำนักปลัด
- กองคลัง
- กองช่าง
- กองการศึกษา
- อื่นๆ.....

ที่ ชม ๐๕๑๘/ว ๗๕๖



เลขบวกลำดับเลขที่ปี  
รับที่..... 1037  
รับที่..... 3 พ.ค. 2567  
เวลา..... น.

ที่ว่าการอำเภอทยสะเก็ต  
ถนนทยสะเก็ต-บ่อสร้าง ชม ๕๐๒๒๐

๓๐ เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอให้แจ้งผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

เรียน นายเทศมนตรีตำบลทุกแห่ง และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลเทศบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือจังหวัดเชียงใหม่ ที่ ชม ๐๐๐๓/ว๗๓  
ลงวันที่ ๒๓ เมษายน ๒๕๖๗

จำนวน ๑ ชุด

ด้วยอำเภอทยสะเก็ตได้รับแจ้งจากจังหวัดเชียงใหม่แจ้งว่า กรมบัญชีกลางได้ดำเนินการโอนเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ให้แก่ผู้มีสิทธิจังหวัดเดือนมกราคม - มีนาคม ๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๑๑ - ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๗ ซึ่งจังหวัดเชียงใหม่ ได้มีรายชื่อผู้มีสิทธิได้รับเงินแต่โอนเงินไม่สำเร็จ และผู้มีสิทธิอายุครบ ๖๐ ปี (เกิดก่อนวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๐๗) ยังไม่ได้ยืนยันตัวตน (e-KYC) ในการนี้ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ ครบถ้วน ทัวถึง และเป็นการดูแลประชาชนในพื้นที่ จึงขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง อำนวยความสะดวก ดำเนินการช่วยเหลือให้กับผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ฯ ดังนี้

๑. ผู้ที่อายุครบ ๖๐ ปี (เกิดก่อนวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๐๗) ยังไม่ยืนยันตัวตน (e-KYC) ดำเนินการยืนยันตัวตนได้ด้วยตนเอง (e-KYC) หรือมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยืนยันตัวตน (e-KYC) พร้อมแนบเอกสารหลักฐาน ได้ที่ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ทุกสาขา เท่านั้น

๒. ผู้สูงอายุที่โอนเงินสงเคราะห์ฯ ไม่สำเร็จ (Reject)

๒.๑ ผูกบัญชีพร้อมเพย์กับหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนกับธนาคารใดก็ได้

๒.๒ กรณีเป็นผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง และ/หรือ ผู้สูงอายุ (มีอายุเกิน ๖๐ ปีขึ้นไป) ที่ไม่สามารถผูกพร้อมเพย์กับธนาคารฯ ได้ ให้ดำเนินการดังนี้

๒.๒.๑ มีบัญชีเงินฝากธนาคารเป็นบัญชีร่วมให้กรอกข้อมูลและลงชื่อในหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น พร้อมแนบเอกสารหลักฐาน (แบบ ๑)

๒.๒.๒ กรณีประสงค์ให้โอนเงินเข้าบัญชีบุคคลอื่นให้กรอกข้อมูลและลงชื่อในหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น พร้อมแนบเอกสารหลักฐาน (แบบ ๒)

ในการนี้ ....





๒๓  
Jan



ที่ว่าการอำเภอคอสมะปือ
เลขที่รับ 2049
วันที่ 23 เม.ย. 2567
เวลา

ที่ ชม-๐๐๐๗/ว ๗๓

ศาลากลางจังหวัดเชียงใหม่  
ถนนโชตนา ชม. ๕๐๓๐๐

๒๓ เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอให้แจ้งผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

เรียน นายอำเภอทุกอำเภอ

- |  |              |
|--|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายชื่อผู้สูงอายุที่อายุครบ ๖๐ ปีที่ยังไม่ได้ยืนยันตัวตน (e - KYC) และรายชื่อผู้สูงอายุที่โอนเงินสงเคราะห์ฯ ไม่สำเร็จ (Reject) | จำนวน ๑ ไฟล์ |
| ๒. หนังสือมอบอำนาจสำหรับผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง หรือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเดินทางมายืนยันตัวตนได้ด้วยตนเอง  | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น   | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น  | จำนวน ๑ ฉบับ |

ตามที่คณะกรรมการบริหารกองทุนผู้สูงอายุ ในการประชุมครั้งที่ ๑๒/๒๕๖๖ วันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๖ ได้มีมติอนุมัติการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อเดือน เป็นระยะเวลา ๔ เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม - กันยายน ๒๕๖๗ โดยจ่ายผ่านพร้อมเพย์และบัญชีเงินฝากธนาคารที่ผู้มีสิทธิแจ้งตามหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่นหรือบัญชีบุคคลอื่น เป็นรายไตรมาส นั้น

จังหวัดเชียงใหม่ขอเรียนว่า กรมบัญชีกลางได้ดำเนินการโอนเงินสงเคราะห์ฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ให้แก่ผู้มีสิทธิงวดเดือนมกราคม - มีนาคม ๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๑๑ - ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๗ ซึ่งจังหวัดเชียงใหม่ ได้มีรายชื่อผู้มีสิทธิได้รับเงินแต่โอนเงินไม่สำเร็จ จำนวน ๑๒,๓๒๐ คน และผู้มีสิทธิอายุครบ ๖๐ ปี (เกิดก่อนวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๐๗) ยังไม่ได้ยืนยันตัวตน (e-KYC) จำนวน ๕,๑๔๔ คน ในการนี้ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ ครบถ้วน ทัวถึง และเป็นการดูแลประชาชนในพื้นที่ จึงขอให้ท่านมอบหมาย ติดตามและประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้านในพื้นที่อำนวยความสะดวก ดำเนินการให้ความช่วยเหลือให้กับผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ฯ รายชื่อตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ ดำเนินการ ดังนี้

๑. ผู้ที่อายุครบ ๖๐ ปี (เกิดก่อนวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๐๗) ยังไม่ได้ยืนยันตัวตน (e-KYC) ดำเนินการยืนยันตัวตนได้ด้วยตนเอง (e-KYC) หรือมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยืนยันตัว (e-KYC) พร้อมแนบเอกสารหลักฐาน ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ ได้ ที่ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ทุกสาขา เท่านั้น
๒. ผู้สูงอายุที่โอนเงินสงเคราะห์ฯ ไม่สำเร็จ (Reject)
  - ๒.๑ ผู้กบัญชีพร้อมเพย์กับหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนกับธนาคารใดก็ได้
  - ๒.๒ กรณีเป็นผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง และ/หรือ ผู้สูงอายุ (มีอายุเกิน ๖๐ ปีขึ้นไป) ที่ไม่สามารถผูกพร้อมเพย์กับธนาคารฯ ได้ ให้ดำเนินการดังนี้
    - ๒.๒.๑ มีบัญชีเงินฝากธนาคารเป็นบัญชีร่วมให้กรอกข้อมูลและลงชื่อในหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น พร้อมแนบเอกสารหลักฐาน (แบบ ๑) ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๓

๒.๒.๒ กรณีประสงค์ให้โอนเงินเข้าบัญชีบุคคลอื่นให้กรอกข้อมูลและลงชื่อในหนังสือ  
ให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น พร้อมแนบเอกสารหลักฐาน (แบบ ๒) ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๔

ในการนี้ ขอให้ท่านประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนผู้มีสิทธิในพื้นที่ทราบ โดยสามารถยื่นหนังสือ  
ให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการตามข้อ ๒.๒.๑ และ ๒.๒.๒ ได้ที่ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์  
การเกษตร ธนาคารออมสิน ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขา ทั้งนี้ ขอให้ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครอง  
ข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.๒๕๖๒ อย่างเคร่งครัด โดยไม่ให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลภายใต้โครงการบัตร  
สวัสดิการแห่งรัฐแก่สาธารณชน หรือนำข้อมูลส่วนบุคคลไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่นใดที่ไม่เกี่ยวข้องกั  
การดำเนินโครงการตามอำนาจหน้าที่อย่างเด็ดขาด สามารถสแกนเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย ผ่าน QR Code

จึงเรียนมาเพื่อดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ



(นายวิรงค์ ดุฑธีรอก)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน  
ผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่

สำนักงานคลังจังหวัด

กลุ่มงานนโยบายและเศรษฐกิจจังหวัด

โทร. ๐ ๕๓๑๑ ๒๘๘๒-๓ ต่อ ๓๒๓

โทรสาร. ๐ ๕๓๑๑ ๒๓๙๙

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ [cmi@cgd.go.th](mailto:cmi@cgd.go.th)



# หนังสือมอบอำนาจสำหรับผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง หรือผู้สูงอายุ ที่ไม่สามารถเดินทางมายืนยันตัวตนได้ด้วยตนเอง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....  
อายุ.....ปี สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่.....แขวง/ตำบล.....  
เขต/อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้.....

ได้มอบอำนาจให้ (นาย/นาง/นางสาว) .....  
อายุ.....ปี สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่.....แขวง/ตำบล.....  
เขต/อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้.....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการในการยืนยันตัวตนโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี 2565 แทนข้าพเจ้า  
จนเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้า  
ได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน

**หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น  
สำหรับผู้ได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ  
(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 --.  
เป็นผู้ได้รับสิทธิตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (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  อื่นๆ 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



หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น  
สำหรับผู้ได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ  
(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 --.  
เป็นผู้ได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (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..... ผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ  
(.....) ตัวบรรจง

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

ลงชื่อ..... พยาน  
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน  
(.....) ตัวบรรจง

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