

- ส้านักปลัด
 กองคลัง
 กองช่าง
 กองการศึกษา
 อื่นๆ

ที่ ชม ๐๔๙/ว ๗๘๙



หนังสือเดินทางไปปีบี๊ก

รับที่..... 1037

วันที่..... ๓ พ.ค. ๒๕๖๗ ๙.....

เวลา..... ๑๔.๐๐ น.

ที่ว่าการอำเภออยุธยา

ถนนดอยสะเก็ต-บ่อสร้าง ชม ๕๐๒๒๐

๓๐ เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอให้แจ้งผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลทุกแห่ง และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลเทพเสด็จ

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือจังหวัดเชียงใหม่ ที่ ชม ๐๐๐๓/ว๗๓
ลงวันที่ ๒๓ เมษายน ๒๕๖๗

จำนวน ๑ ชุด

ด้วยอำเภออยุธยาได้รับแจ้งจากจังหวัดเชียงใหม่แจ้งว่า กรมบัญชีกลางได้ดำเนินการโอนเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ให้แก่ผู้มีสิทธิจังวดเดือนมกราคม - มีนาคม ๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๑๐ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๗ ซึ่งจังหวัดเชียงใหม่ ได้มีรายชื่อผู้มีสิทธิได้รับเงินแต่โอนเงินไม่สำเร็จ และผู้มีสิทธิอยุธยครบ ๖๐ ปี (เกิดก่อนวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๐๗) ยังไม่ได้ยืนยันตัวตน (e-KYC) ในการนี้ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ ครบถ้วน ทั่วถึง 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 ผูกบัญชีร่วมเพย์กับหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนกับธนาคารได้ก็ได้

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

๒.๒.๑ มีบัญชีเงินฝากธนาคารเป็นบัญชีร่วมให้กรอกข้อมูลและลงชื่อในหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น พร้อมแนบเอกสารหลักฐาน (แบบ ๑)

๒.๒.๒ กรณีประสงค์ให้โอนเงินเข้าบัญชีบุคคลอื่นให้กรอกข้อมูลและลงชื่อในหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น พร้อมแนบเอกสารหลักฐาน (แบบ ๒)

ในการนี้

ในการนี้ อำเภออยสะเก็ดจึงขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนผู้มีสิทธิในพื้นที่ทราบ โดยสามารถยื่นหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการตามข้อ ๒.๒.๑ และ ๒.๒.๒ ได้ที่ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร ธนาคารออมสิน ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขา รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการ

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลแม่เปี๊ยะ
เพื่อโปรดทราบ

๑. ลงประกาศ ที่ที่ตั้ง หมู่บ้านที่ ๑ บ้านโนนกรอง หมู่ที่ ๑ บ้านโนนกรอง ตำบลแม่เปี๊ยะ อำเภออยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๑๕๐ ๒๖๗

ขอแสดงความนับถือ

(นางวิมลรัตน์ หลอดเต็ม)

ผู้ช่วยผู้อำนวยการบ้านหมู่บ้านบ้านโนนกรอง สำนักงานปักครองช้านานาภัยการพัฒนา ศักยภาพอาชญากรรม
น้ำยำชุมชนอยสะเก็ด

๒๙

สำนักงานปักครองช้านานาภัยการพัฒนา
น้ำยำชุมชนอยสะเก็ด

- เพชร วงศ์นิติกา
ดำเนินการ

(นายกฤษดา พันสน) ปันสน
นักวิชาการสาธารณสุข

๑๙๗/ป กองทุนฯ/พทก/๘๘๘/

(นางสาวอรุณรัตน์ สมบูรณ์) สมบูรณ์
หัวหน้าฝ่ายอำนวยการ

(นางสาวอรุณรัตน์ สมบูรณ์) สมบูรณ์
หัวหน้าสำนักปลัดเทศบาล

ที่ทำการปักครองอำเภอ
กลุ่มงานบริหารงานปักครอง
โทร/โทรศัพท์ ๐-๕๓๔๕-๕๗๗๑

(นายวสุชาติ พิชัย)
ปลัดเทศบาลตำบลแม่เปี๊ยะ

(นายวสุชาติ พิชัย) วสุชาติ
นายกเทศมนตรีตำบลแม่เปี๊ยะ



หน้าการยื่นขอคุณสมบัติ
เลขที่รับ: ๒๐๔๙
วันที่: ๒๓ เม.ย. ๒๕๖๗
หมายเหตุ:

ที่ ชม-๐๐๐๗/ว ๗๗

ศาลากลางจังหวัดเชียงใหม่
ถนนไชยนา ชม. ๕๐๓๐๐

๒๗ เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอให้แจ้งผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

เรียน นายอำเภอทุกอำเภอ

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

ตามที่คณะกรรมการบริหารกองทุนผู้สูงอายุ ในการประชุมครั้งที่ ๑๖/๒๕๖๖ วันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๖ ได้มีมติอนุมัติการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อเดือน เป็นระยะเวลา ๕ เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม – กันยายน ๒๕๖๗ โดยจ่ายผ่านพาวร์อัมเพร์และบัญชีเงินฝากธนาคารที่ผู้มีสิทธิแจ้งตามหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่นหรือบัญชีบุคคลอื่น เป็นรายได้รวม ๘๘๘

จังหวัดเชียงใหม่ขอเรียนว่า กรมบัญชีกลางได้ดำเนินการโอนเงินสงเคราะห์ฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ให้แก่ผู้มีสิทธิจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน ๑๖๖๗ ราย เมื่อวันที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๗ ซึ่งจังหวัดเชียงใหม่ ได้มีรายชื่อผู้มีสิทธิได้รับเงินแต่โอนเงินไม่สำเร็จ จำนวน ๑๒,๓๐๐ คน และผู้มีสิทธิอายุครบ ๖๐ ปี (เกิดก่อนวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๐๗) ยังไม่ได้ยืนยันตัวตน (e-KYC) จำนวน ๕,๑๔๔ คน ในการนี้ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ ครบถ้วน ทั่วถึง และเป็นการคุ้มครองประชาชนในพื้นที่ จึงขอให้ท่านมอบหมาย ติดตามและประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้านในพื้นที่ อำนวยความสะดวก 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 ผูกบัญชีพาวร์อัมเพร์กับหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนกับธนาคารได้กีได้
 - ๒.๒ กรณีเป็นผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง และ/หรือ ผู้สูงอายุ (มีอายุเกิน ๖๐ ปีขึ้นไป) ที่ไม่สามารถผูกพาวร์อัมเพร์กับธนาคารฯ ได้ ให้ดำเนินการดังนี้
 - ๒.๒.๑ มีบัญชีเงินฝากธนาคารเป็นบัญชีร่วมให้กรอกข้อมูลและลงชื่อในหนังสือ ให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น พาวร์อัมเพร์เอกสารหลักฐาน (แบบ ๑) ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๓

๒.๒.๑ มีบัญชีเงินฝากธนาคารเป็นบัญชีร่วมให้กรอกข้อมูลและลงชื่อในหนังสือ ให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น พาวร์อัมเพร์เอกสารหลักฐาน (แบบ ๑) ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๓

๒.๒.๒ การนีประสงค์ให้โอนเงินเข้าบัญชีบุคคลอื่นให้การอกรหัสและลงชื่อในหนังสือ
ให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น พร้อมแนบเอกสารหลักฐาน (แบบ ๒) ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

ในการนี้ ขอให้ท่านประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนผู้มีสิทธิในพื้นที่ทราบ โดยสามารถยื่นหนังสือ
ให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการตามข้อ ๒.๒.๑ และ ๒.๒.๒ ได้ที่ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์
การเกษตร ธนาคารออมสิน ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขา ทั้งนี้ ขอให้ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครอง
ข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.๒๕๖๒ อย่างเคร่งครัด โดยไม่ให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลภายใต้โครงการบัตร
สวัสดิการแห่งรัฐแก่สาธารณะ หรือนำข้อมูลส่วนบุคคลไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่นใดที่ไม่เกี่ยวข้องกับ^{จังหวัด}
การดำเนินโครงการตามอำนาจหน้าที่อย่างเด็ดขาด สามารถสแกนเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย ผ่าน QR Code

จังหวัด

ขอแสดงความนับถือ

ปูนฯ

(นายวีระพงษ์ ฤทธิ์อ่อน)
รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่

สำนักงานคลังจังหวัด

กลุ่มงานนโยบายและเศรษฐกิจจังหวัด
โทร. ๐ ๕๓๑๑ ๒๘๘๙-๓ ต่อ ๓๗๓
โทรสาร. ๐ ๕๓๑๑ ๒๓๙๙
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ cmi@cgd.go.th

จังหวัดเชียงใหม่

หนังสือมอบอำนาจสำหรับผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง หรือผู้สูงอายุ
ที่ไม่สามารถเดินทางมาอีนยันต์ด้วยตนเอง

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

อายุ.....ปี สัญชาติ..... อายุบ้านเลขที่..... หมู่.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้

ได้มอบอำนาจให้ (นาย/นาง/นางสาว)

อายุ.....ปี สัญชาติ..... อายุบ้านเลขที่..... หมู่.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้

เป็นผู้มีอำนาจจัดการในการอีนยันต์ด้วยเอกสารลงนามเป็นลายเซ็นที่อย่างรัฐ ปี 2565 แทนข้าพเจ้า
จนเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้ เสมือนหนึ่งข้าพเจ้า
ได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อน้ำพยาณแล้ว

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

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

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุชื่อความให้ครบถ้วน

หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น
สำหรับผู้ได้รับสิทธิ์โครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
(เฉพาะกรณีผู้พิการ/ผู้ป่วยดิตเตียง และ/หรือผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน ๖๐ ปีขึ้นไป
ที่ไม่สามารถผูกพันร่วมเหยียด)

วันที่ เดือน พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□□-□□□□□-□□-□ อายุ ปี
วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) □□/□□/□□□□ สัญชาติ อายุบ้านเลขที่ หมู่
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ □□□-□□□-□□□□
เป็นผู้ได้รับสิทธิตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (โครงการ) ในฐานะ ผู้พิการ/ผู้ป่วยดิตเตียง
 ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน ๖๐ ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถผูกพันร่วมเหยียด

อนุยomaticให้การตรวจสอบโอนเงินสวัสดิการตามโครงการฯ ของข้าพเจ้า
ผ่านบัญชีธนาคาร เลขที่บัญชี □□□-□-□□□□□-□
ซึ่งเป็นบัญชีร่วมของข้าพเจ้ากับ (นาย/นาง/นางสาว)
เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□□-□□□□□-□□-□ อายุ ปี
วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) □□/□□/□□□□ สัญชาติ อายุบ้านเลขที่ หมู่
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ □□□-□□□-□□□□
ในฐานะ บิดา มารดา บุตร อื่น ๆ โปรดระบุ ของข้าพเจ้า¹
ตลอดระยะเวลาของโครงการฯ หรือจนกว่าข้าพเจ้าจะมีการแจ้งข้อแก้ไข เพื่อใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของ
โครงการฯ ในกรณี ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายมือไว้เป็นสำคัญต่อน้ำพยาณไว้เป็นหลักฐานแล้ว

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

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

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

- หมายเหตุ 1. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุชื่อความให้ครบถ้วน
2. กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง²
และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัญชีร่วม พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง³
3. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ และผู้ถือบัญชีร่วม เช่น สำเนาสูติบัตร
สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง⁴
4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประจำท้องที่/สมมทรพย์/เพื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภท
เงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ที่จะรับเงินสวัสดิการ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง⁵

หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น
สำหรับผู้ได้รับสิทธิ์โครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
(เฉพาะกรณีผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง และ/หรือผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน ๖๐ ปีขึ้นไป
ที่ไม่สามารถเปิดบัญชีหรือผูกพร้อมเพย์ได้)

วันที่ เดือน พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

เลขประจำตัวประชาชน ---- อายุ.....ปี
วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) // สัญชาติ อัญมณีที่ หมู่.....
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ --
เป็นผู้ได้รับสิทธิ์โครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (โครงการฯ) ในฐานะ ผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง
 ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน ๖๐ ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถเปิดบัญชีหรือผูกพร้อมเพย์ได้

ยินยอมให้กระทรวงการคลังโอนเงินสวัสดิการตามโครงการฯ ของข้าพเจ้าผ่าน
บัญชีธนาคาร เลขที่บัญชี ----- ซึ่งเป็นบัญชีของ (นาย/นาง/นางสาว)

เลขประจำตัวประชาชน ---- อายุ.....ปี
วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) // สัญชาติ อัญมณีที่ หมู่.....
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ ---
ในฐานะ บิดา มารดา บุตร อื่น ๆ โปรดระบุ ของข้าพเจ้า¹
ตลอดระยะเวลาของโครงการฯ หรือจนกว่าข้าพเจ้าจะมีการแจ้งข้อแก้ไข โดยผู้รับโอนจะถอนเงินนี้ให้แก่ข้าพเจ้า²
เพื่อใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ ในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายบัตรนี้ไว้เป็นสำคัญ
ต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐานแล้ว

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

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

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

- หมายเหตุ 1. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุชื่อความให้ทราบด้วย
 2. กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง³
 และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง⁴
 3. เอกสารแสดงถึงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ และผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน เช่น สำเนาสูดีบัตร
 สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น หรือลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง⁵
 4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทห้องทรัพย์/สะสมทรัพย์/เลือกเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภทเงินฝาก
 ประจำ/ออมทรัพย์ที่เก็บ/บัญชีที่มีเงินใน) ของผู้รับเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง⁶
 5. ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)