

นางสาวปัทมาพร งามเมือง ๐๐๖๖๖
นางสาวปัทมาพร งามเมือง ๐๐๖๖๖

คนที่สุด

ที่ นบ ๐๐๐๓/๖๓๕๖๓

เลขรับ..... 775
วันที่..... 23 กค. 2567
เวลา..... 11.11 น.



ศส. ☒ พล.พช.
กม. ☐ สธ.
กช. ☐
กสส. ☐
กค. ☐

เทศบาลเมืองบางศรีเมือง ๖๖๖
เลขรับ.....
วันที่..... 18 กค. 2567
เวลา..... 16.15 น.
ศาลากลางจังหวัดนนทบุรี
กองสวัสดิการสังคม
ถนนรัตนานิเบศร์ หมู่ ๑๑๐๐๐ ๖๖
วันที่..... 18 กค. 2567
เวลา..... 10.2๖ น.

เรื่อง การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

เรียน นายกเทศมนตรีเมืองบางศรีเมือง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ข้อมูลผู้มีสิทธิที่เกิดก่อนวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๗ และยังไม่ได้ยืนยันตัวตน (e-KYC)
๒. ข้อมูลผู้มีสิทธิที่โอนเงินไม่สำเร็จ (Reject)
๓. หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่นหรือบัญชีบุคคลอื่น

ด้วยจังหวัดนนทบุรีได้รับแจ้งจากกรมบัญชีกลางว่า คณะกรรมการบริหารกองทุนผู้สูงอายุ ได้มีมติในการประชุม ครั้งที่ ๑๒/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๖ อนุมัติแนวทางการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ ให้จ่ายเงินสงเคราะห์ฯ ในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อเดือน เป็นระยะเวลา ๙ เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม - กันยายน ๒๕๖๗ โดยจะดำเนินการจ่าย เป็นรายไตรมาส กำหนดจ่ายงวดแรกในเดือนมีนาคม ๒๕๖๗ ผ่านระบบพร้อมเพย์และบัญชีเงินฝากธนาคารที่ผู้มีสิทธิแจ้งตามหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่นหรือบัญชีบุคคลอื่น

จังหวัดนนทบุรีพิจารณาแล้ว จึงขอแจ้งว่า กรมบัญชีกลางได้ดำเนินการเบิกจ่ายและโอนเงินสงเคราะห์ฯ ให้แก่ผู้มีสิทธิงวดเดือนเมษายน - มิถุนายน ๒๕๖๗ รวมทั้งสิ้น จำนวน ๕,๒๓๑,๙๓๗ ราย โดยสามารถโอนสำเร็จ จำนวน ๔,๙๖๖,๘๑๐ ราย และโอนไม่สำเร็จ (Reject) จำนวน ๒๖๕,๑๒๗ ราย เนื่องจากผู้มีสิทธิยังไม่ได้ทำการยืนยันตัวตน (e-KYC) และยังไม่ได้ผูกบัญชีพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชน ดังนั้นเพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ฯ งวดเดือนกรกฎาคม - กันยายน ๒๕๖๗ ในวันที่ ๑๑ - ๑๓ กันยายน ๒๕๖๗ จึงขอให้ท่านประชาสัมพันธ์ให้ผู้มีสิทธิฯ ในพื้นที่ได้รับทราบข้อมูลและดำเนินการ ดังนี้

๑. ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ทำการยืนยันตัวตน (e-KYC) สามารถไปยืนยันตัวตนได้ที่ บมจ. ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา ภายในวันที่ ๕ กันยายน ๒๕๖๗
๒. ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ผูกบัญชีพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชน ให้ดำเนินการผูกบัญชีพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชนหรือยื่นหนังสือให้ความยินยอมฯ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๓ ได้ที่สำนักงานคลังจังหวัดหรือกรมบัญชีกลาง ภายในวันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๗

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการ สำหรับอำเภอให้แจ้งเทศบาลตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ดำเนินการด้วย

ขอแสดงความนับถือ

125

(นางระวีพรรณ แก้วเพียงเพ็ญ)
รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี

สำนักงานคลังจังหวัดนนทบุรี

โทร. ๐ ๒๕๘๐ ๐๗๐๗-๘ โทรสาร. ๐ ๒๕๘๐ ๐๗๐๙

ประสานงาน นางสาวปรีชญา นาคแกม โทร ๐๙ ๘๒๕๒ ๐๕๒๒



สิ่งที่ส่งมาด้วย 1-3

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 หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อกได้ □□□-□□□-□□□□ .
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..... ผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ
(.....) ตัวบรรจง

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

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ

1. กรณียาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน
2. กรณียาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ 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 หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่oได้ □□□-□□□-□□□□ .
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 หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่ได้ -----
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. กรุณานับสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอนเงินสดการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
3. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ และผู้รับโอนเงินสดการแทนเช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภทเงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ของผู้รับเงินสดการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
5. ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)