

## ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์ /ชี้แจงกับประชาชนในพื้นที่

ผู้ได้รับสิทธิบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ โดยหลักการแล้วต้องยืนยันตัวตนที่ธนาคารก่อนการ  
ใช้สิทธิด้วยบัตรประจำตัวประชาชน และจะต้องมีการผูกพร้อมเพย์ด้วยเลขบัตรประจำตัว  
ประชาชน ๑๓ หลัก กับบัญชีเงินฝากธนาคารใดก็ได้ เพื่อรองรับการที่รัฐบาลจะจ่ายเป็นเงินสด  
โดยการโอนเงินเข้าบัญชีในบางโอกาส ซึ่งขณะนี้ กรมกิจการผู้สูงอายุ ได้แจ้งแนวทางการจ่ายเงิน  
สงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุ (อายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป) ที่มีรายได้น้อยที่ได้รับสิทธิในโครงการ  
ลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ กำหนดให้จ่ายเงินสงเคราะห์  
ในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อเดือน เป็นระยะเวลา ๖ เดือน (เดือน เมษายน ถึงเดือน กันยายน ๒๕๖๖)  
เป็นเงิน รวม ๖๐๐ บาท

ทั้งนี้ คณะกรรมการผู้สูงอายุ ได้กำหนดให้ผู้มีสิทธิในโครงการฯ ได้รับเงินโดยใช้  
ช่องทางการโอนเงินผ่านระบบพร้อมเพย์ที่ผูกกับเลขบัตรประจำตัวประชาชน จึงมีความ  
จำเป็นต้องให้ผู้ได้รับสิทธิต้องไปดำเนินการผูกบัญชีพร้อมเพย์ เพื่อการรับเงินดังกล่าว และโอกาส  
ต่อ ๆ ไปได้ด้วย

สำหรับกลุ่มผู้ได้รับสิทธิที่ไม่สามารถไปดำเนินการผูกพร้อมเพย์ได้ (กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วย  
ติดเตียง ผู้พิการ) สามารถทำหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น  
หรือหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น ได้ โดยต้องมาส่ง  
แบบฟอร์มดังกล่าวที่สำนักงานคลังจังหวัดตรัง (ศาลากลางจังหวัดตรัง) เพื่อให้เจ้าหน้าที่บันทึก  
ข้อมูลเข้า "ระบบยินยอมให้โอนเงินเข้าบัญชีผู้รับเงินแทน" ได้

ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่สามารถไปดำเนินการผูกพร้อมเพย์กับบัญชีที่มีอยู่ หรือเปิดบัญชีใหม่เพื่อ  
ผูกพร้อมเพย์ได้ด้วยตนเอง ขอให้ไปดำเนินการผูกพร้อมเพย์ให้เรียบร้อยภายในวันที่ ๖ กันยายน  
๒๕๖๖ ไม่ต้องมาติดต่อที่สำนักงานคลังจังหวัดตรัง

เพื่อสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุที่ได้รับสิทธิบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ จะได้รับเงินเพิ่มขึ้น

หากมีปัญหาข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ที่สำนักงานคลังจังหวัดตรัง

โทร ๐๗๕-๒๑๘๐๒๒ ต่อ ๓๑๑ , ๓๑๒, ๓๑๓, ๓๑๔

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 ..... หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อดี --  
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 ..... หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อดี --  
ในฐานะ  บิดา  มารดา  บุตร  อื่น ๆ โปรดระบุ ..... ของข้าพเจ้า  
ตลอดระยะเวลาของโครงการฯ หรือจนกว่าข้าพเจ้าจะมีการแจ้งขอแก้ไข เพื่อใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของ  
โครงการฯ ในกรณีนี้ 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 ในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญ  
ต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐานแล้ว

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

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

ลงชื่อ..... พยาน  
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน  
(.....) ตัวบรรจง

- หมายเหตุ
1. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน
  2. กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
  3. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ และผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน เช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
  4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภทเงินฝาก